Document Summary

Document	
Create Date	2022-09-28 14:05:09
Document Title	Y0096_3822008EOC23SPA_C
Document Type	EOC-MAPD
Document Status	Draft
Document Theme	2023_HCSC_EOC_SPA
Language	SPA
Plan Year	2023
Last Change Date	2022-07-08 01:08:36
Last Change User	Derrick Lewis
Content Last Change Date	2022-09-28 14:03:24
Content Last Change User	RRDSystem HCSC

Table Lookup Data				
Table Name	**Key**	**Load Date**	**Load User**	**Load File**
pbpdata	H3822008000	2022-09-16 18:30:19	Renee Saucedo	Table_Data_Report_HCSC_pbpdata_2022_09_15_19_42_25_827_b.xml
agencydata	IL	2022-09-22 11:29:40	Ashley Treuthardt	HCSC_agencydata_09222022_b.xml
plandata	H3822-008_SPA	2022-09-26 11:30:48	Matt Dille	hcsc_plandata_091722v2_translate to SPA (1)_092622_b.xml

[**customer.name:** HCSC], [**image.path:** /2023/hcsc/], [**page.count.modulus:** 4], [**pdf.version:**], [**preview.mode:** FINAL], [**watermark:** FINAL]

1 de enero al 31 de diciembre de 2023

Evidencia de Cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud, y cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS)℠

En este documento, se le ofrecen detalles acerca de su cobertura de servicios de salud y para medicamentos con receta de Medicare a partir del 1 de enero y hasta el 31 de diciembre, 2023. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas acerca de este documento, comuníquese con el Servicio al Cliente al 1-877-774-8592 para obtener más información. (Los usuarios de Teletipo [TTY, en inglés] deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.

Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC) ofrece este plan, Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS)℠. (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* se mencionan las palabras "nosotros", "nos" o "nuestro", esto hace referencia a Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC). Cuando se mencionan las palabras "el plan" o "nuestro plan", significa Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS)).

Los planes HMO y HMO-POS son proporcionados por Health Care Service Corporation, una compañía mutual de reserva legal (HCSC). Los planes HMO son proporcionados por Illinois Blue Cross Blue Shield Insurance Company (ILBCBSIC). HCSC e ILBCBSIC son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. HCSC e ILBCBSIC son organizaciones de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en los planes de HCSC y de ILBCBSIC depende de la renovación del contrato.

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Comuníquese con Blue Cross Medicare Advantage si necesita esta información en otro idioma o formato (español, braille, letra grande o formatos alternativos).

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/coseguros podrían cambiar el 1 de enero de 2024.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los inscritos afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

Y0096_3822008EOC23_C 245357.0722

OMB Approval 0938-1051 (Expires: February 29, 2024)

FINAL

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender los siguientes puntos:

- La prima y los gastos compartidos de su plan;
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con recetada;
- El procedimiento para presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- La forma de comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y,
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

FINAL

2023 Evidencia de cobertura

Tabla de contenidos

CAPÍTULO 1: *Inicio como miembro* 5
SECCIÓN 1 Introducción 6
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan? 7
SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá 9
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) 11
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 12
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de asegurados 14
SECCIÓN 7 Funcionamiento de un plan médico adicional con nuestro plan 15

CAPÍTULO 2: *Números telefónicos y recursos importantes* 17
SECCIÓN 1 Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) contactos (cómo comunicarse con nosotros, que incluye cómo contactarse con el Servicio al Cliente) 18
SECCIÓN 2 Medicare (cómo recibir asistencia e información directamente del programa Federal de Medicare) 22
SECCIÓN 3 Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado (asistencia gratuita, información y respuestas a sus consultas sobre Medicare) 24
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad 25
SECCIÓN 5 Seguro Social 26
SECCIÓN 6 Medicaid 27
SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados 28
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario 31
SECCIÓN 9 ¿Tiene algún "seguro grupal" o algún otro seguro de gastos médicos proporcionado por un empleador? 32

CAPÍTULO 3: *Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos* 33
SECCIÓN 1 Conceptos que usted debe conocer acerca de cómo obtener cobertura para atención médica como miembro de nuestro plan 34
SECCIÓN 2 Utilizar proveedores de la red del plan para obtener atención médica 36

FINAL

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre 40
SECCIÓN 4 Cómo proceder si usted recibe la factura directamente por los gastos totales de los servicios 43
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted participa en un “estudio de investigación clínica”? 43
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención cubierta en un “centro religioso no médico dedicado a la salud” 45
SECCIÓN 7 Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero 47

CAPÍTULO 4: *Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)* 49
SECCIÓN 1 Explicación de los gastos de su bolsillo por servicios cubiertos 50
SECCIÓN 2 Usar la *Tabla de Beneficios Médicos* para saber qué está cubierto para usted y cuánto pagará 52
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 119

CAPÍTULO 5: *Utilización de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D* 123
SECCIÓN 1 Introducción 124
SECCIÓN 2 Adquiera el medicamento recetado de una farmacia de la red o a través del servicio de entrega a domicilio del plan 125
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar incluidos en la "Lista de Medicamentos" del plan. 130
SECCIÓN 4 Existen ciertas restricciones en la cobertura de algunos medicamentos 133
SECCIÓN 5 ¿Qué hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto en la forma que a usted le gustaría que lo estuviera? 135
SECCIÓN 6 ¿Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted utiliza? 139
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan? 142
SECCIÓN 8 Cómo completar una receta médica 143
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 143
SECCIÓN 10 Programas de seguridad y utilización de medicamentos 145

CAPÍTULO 6:

FINAL

Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D **148**

SECCIÓN 1 Introducción 149

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la "etapa de cobertura para medicamentos" en la que usted se encuentra cuando adquiere el medicamento. 150

SECCIÓN 3 Enviamos informes con la descripción de pagos por sus medicamentos y la etapa de pago en la cual usted se encuentra 150

SECCIÓN 4 No hay deducible para Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) 153

SECCIÓN 5 En la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde por sus costos de medicamentos y usted paga su parte 153

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de Interrupción en la Cobertura 163

SECCIÓN 7 En la Etapa de Cobertura para Casos Catastróficos, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos 163

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted debe pagar depende de cómo y dónde las adquiere 164

CAPÍTULO 7: ***Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*** **166**

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos 167

SECCIÓN 2 Cómo solicitar un reintegro o pago de una factura que usted ha recibido 169

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos afirmativa o negativamente 171

CAPÍTULO 8: ***Sus derechos y responsabilidades*** **172**

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como asegurado del plan 173

SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan 188

CAPÍTULO 9: ***¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*** **190**

SECCIÓN 1 Introducción 191

SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada 191

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar sus problemas? 192

FINAL

SECCIÓN 4 Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones 193
SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una apelación de una decisión de cobertura 196
SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 205
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en el hospital más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto 216
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto 224
SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más 231
SECCIÓN 10 Cómo presentar un reclamo por la calidad de atención, tiempos de espera, atención al cliente u otros reclamos 234

CAPÍTULO 10: *Finalización de su membresía en el plan* 239
SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan 240
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan? 240
SECCIÓN 3 ¿Cómo terminar su membresía en nuestro plan? 243
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 244
SECCIÓN 5 Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) debe cancelar su membresía a nuestro plan en ciertos casos 244

CAPÍTULO 11: *Avisos legales* 247
SECCIÓN 1 Aviso de leyes aplicables 248
SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación 248
SECCIÓN 3 Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare 248

CAPÍTULO 12: *Definiciones de términos importantes* 250

FINAL

CAPÍTULO 1:
Inicio como miembro

FINAL

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS), que es una cobertura para el HMO Medicare de Punto de Servicio

Usted tiene cobertura de Medicare y ha optado por obtener cobertura por atención médica y medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan, Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS). Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la parte A y la parte B. Sin embargo, los gastos compartidos y el acceso a proveedores en este plan difieren de Original Medicare.

Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) es un Plan de cobertura Medicare Advantage HMO (HMO, que, por sus siglas en inglés, significa Organización para el Mantenimiento de la Salud) con una opción de Punto de Servicio (POS, en inglés) que está aprobado por Medicare y dirigido por una empresa privada. "Punto de servicio" significa que puede usar proveedores fuera de la red del plan por un costo adicional. (Consulte el Capítulo 3, Sección 2.4 para obtener información sobre el uso de la opción de Punto de Servicio)

La cobertura conforme a este Plan califica como una Cobertura Médica Calificada (QHC, en inglés) y cumple con el requerimiento de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y la Ley del 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.

Sección 1.2 ¿Qué información incluye el documento de *Evidencia de Cobertura*?

Este documento de *Evidencia de Cobertura* le indica cómo obtener su atención médica y sus medicamentos con receta. Explica sus derechos y responsabilidades, qué está cubierto, qué paga como asegurado del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos “cobertura” y “servicios incluidos” se refieren a la atención médica y los medicamentos con receta que se le ofrecen a usted como asegurado de Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS).

Es importante que se informe sobre las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le sugerimos que se tome un momento para familiarizarse con este documento de *Evidencia de Cobertura*.

Si la información le resulta confusa, algo le preocupa o si solo desea hacer una pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este documento).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) le brinda cobertura para su atención. Las demás partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* y los avisos que usted recibe de nosotros acerca de cambios a su cobertura o condiciones que afectan su cobertura. Estos avisos a veces se llaman "cláusulas adicionales" o "enmiendas".

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que está inscrito en Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

Cada año natural, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) después del 31 de diciembre de 2023. También podemos dejar de ofrecer el plan, en su área de servicio, luego del 31 de diciembre de 2023.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) cada año. Puede seguir con la cobertura de Medicare cada año como un asegurado de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueva su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan?

Sección 2.1 Requisitos que debe reunir

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan si cumple con los siguientes requisitos:

- Tiene Medicare Parte A y Medicare Parte B
- -- *y* -- vive en nuestra área geográfica de cobertura de servicios (en la Sección 2.3 que se encuentra a continuación, se detalla nuestra área de servicio).
- -- *y* -- es ciudadano estadounidense o reside legalmente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 ¿Qué es Medicare Parte A y Medicare Parte B?

Cuando usted se suscribió por primera vez en Medicare, recibió información sobre qué servicios están cubiertos bajo Medicare Parte A y Medicare Parte B. Recuerde:

- Medicare Parte A generalmente cubre servicios brindados por los hospitales (servicios para pacientes internados, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- Medicare Parte B cubre la mayoría de los otros servicios médicos (como los servicios de médico, terapia de infusiones en el hogar y otros servicios ambulatorios) y determinados elementos (como equipo médico duradero [DME] y suministros).

Sección 2.3 Este es el área de cobertura de servicios del plan Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS)

Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) está disponible solo para las personas que viven en nuestra área de servicio del plan. Para continuar siendo miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo en el área de servicio del plan. El área de cobertura de servicios se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Illinois: Cook, DuPage, Grundy, Kane, Kankakee, Kendall, Lake, McHenry y Will.

Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá seguir siendo un asegurado de nuestro plan. Contáctese con Servicio al Cliente para saber si tenemos un plan donde se haya mudado. Cuando se mude, contará con un Período Especial de Inscripción durante el cual podrá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos con receta de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números telefónicos y la información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

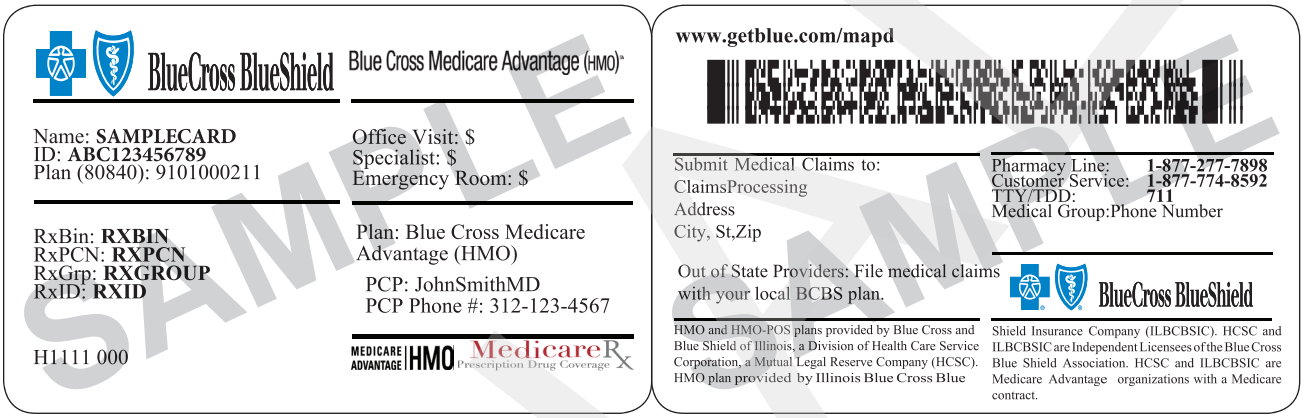
Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o residencia legal en EE. UU.

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en Estados Unidos. En función de esto, Medicare (los centros de servicios de Medicare y Medicaid) le notificará a Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) si usted no es elegible para seguir siendo un miembro. Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) tiene que cancelar la inscripción si usted no cumple con los requisitos.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea asegurado de nuestro plan, debe presentar su tarjeta de membresía a nuestro plan cuando reciba cualquier servicio cubierto por este plan y cualquier medicamento con receta de las farmacias de la red. Además, deberá mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Este es un modelo de tarjeta de membresía para que vea cómo será la suya:



No utilice su tarjeta de Medicare roja, blanca ni azul para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de membresía de Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS), es posible que usted mismo deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le soliciten mostrar su tarjeta si necesita servicios hospitalarios, servicios en centros de cuidados paliativos o si necesita participar en los estudios de investigación de rutina aprobados por Medicare.

Si su tarjeta se daña, se pierde o es robada, llame al Departamento de Servicios para Miembros inmediatamente y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Provider Finder

En el *Directorio de proveedores*, se enumeran nuestros proveedores de la red y los proveedores de equipos médicos duraderos. **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar proveedores que forman parte de la red para obtener su atención y servicios médicos. Si usted se encuentra en otro lugar sin la debida autorización, deberá pagar

SAMPLE

el total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios requeridos con urgencia cuando la red no está disponible (es decir, situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) autorice el uso de servicios de proveedores que no forman parte de la red.

Como asegurado de nuestro HMO-POS plan, puede elegir recibir atención de profesionales de la salud que no forman parte de la red. Nuestro plan incluirá los servicios de los profesionales que forman o no forman parte de la red, siempre que los servicios sean beneficios cubiertos y sean de necesidad médica. Sin embargo, si usa un profesional que forma parte de la red, es posible que su participación en los costos de sus servicios cubiertos sea mayor. Consulte el Capítulo 3 (cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos) a fin de obtener información más específica.

Si no tiene el *Directorio de Farmacias*, puede solicitar una copia al Servicio al Cliente.

Sección 3.3 Directorio de Farmacias

El directorio de farmacias enumera las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que aceptaron surtir las recetas médicas cubiertas para los asegurados de nuestros planes.

En el *Directorio de Farmacias* puede encontrar la farmacia de la red que desee utilizar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede utilizar farmacias que no están en la red del plan.

En el *Directorio de Farmacias*, se le indicará qué farmacias en nuestra red tienen gastos compartidos preferidos, que pueden ser menores a los gastos compartidos estándar que ofrecen otras farmacias de nuestra red para algunos medicamentos.

Si no tiene el *Directorio de Farmacias*, puede obtener una copia a través del Servicio al Cliente. Además, puede obtener esta información en nuestro sitio web: getblueil.com/mapd.

Sección 3.4 La Lista de Medicamentos Cubiertos *(Formulario)* del plan

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. Para abreviar, la llamamos “Lista de Medicamentos”. Enumera los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos bajo el beneficio de la Parte D incluido en Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS). Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con el asesoramiento de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS).

En la Lista de Medicamentos, también se indicará si existen reglas que restrinjan la cobertura de sus medicamentos.

Le entregaremos una copia de la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos que están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (getblueil.com/mapd) o llamar al Servicio al Cliente.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del Plan (Sección 4.1)
- Prima Mensual de Medicare de la Parte B (Sección 4.2)
- Prima de Beneficios Complementarios Opcionales (Sección 4.3)
- Multa por Inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.4)
- Determinación del Ajuste mensual acorde a sus ingresos (Sección 4.5)

En algunos casos, su prima del plan podría ser menor

Hay programas para ayudar a que las personas de bajos recursos puedan pagar sus medicamentos. Estos incluyen "Beneficio adicional" y Programas Estatales de Asistencia para Medicamentos. La sección 7 del Capítulo 2 brinda más información sobre estos programas. Si reúne los requisitos, inscribirse en el programa podría reducir su prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y recibe ayuda de uno de estos programas, **es posible que la información sobre las primas de esta *Evidencia de Cobertura* no se aplique a su caso**. Hemos incluido un anexo titulado "Cláusula de Evidencia de Cobertura para quienes reciban el Beneficio Adicional para sus medicamentos con receta" (también conocida como "Cláusula adicional por subsidio por bajos ingresos" o "Beneficio Adicional para medicamentos con receta"), en el que se describe la cobertura de medicamentos que le corresponde. Si no tiene este anexo, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite su "Beneficio Adicional para Medicamentos con Receta".

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare varían de acuerdo a los diferentes ingresos de las personas. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise la copia del manual *Medicare y Usted 2023*, la sección denominada "Costos de Medicare 2023". Si necesita una copia, puede descargarla desde el sitio web de Medicare www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del Plan

Como miembro de nuestro plan, usted debe pagar una prima mensual del plan. Para 2023, la prima mensual para Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) es $81.00. Además, debe continuar pagando su prima del plan de Medicare Parte B (a menos que Medicaid o un tercero lo hagan por usted).

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Sección 4.3 Prima de Beneficio Suplementario Opcional

Sección 4.4 Multa por Inscripción tardía de la Parte D

Sección 4.5 Determinación del Ajuste mensual acorde a sus ingresos

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Hay varias maneras de pagar la prima de su plan

Existen 4 formas en las que usted puede pagar su prima del plan. Debe elegir esta opción en el formulario de inscripción. Si no seleccionó cómo desea pagar la prima de su plan, le enviaremos una factura. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para cambiar su opción de pago.

Opción 1: Pago con cheque

Recibirá un aviso mensual en el que se indicará la fecha de vencimiento de la prima. En nuestra oficina, su prima caduca el primer día del mes. Los cheques deben emitirse a nombre de Blue Cross Medicare Advantage y deben enviarse por correo a:

Blue Cross Medicare Advantage (HMO)
P.O. Box 258822
Oklahoma City, OK 73125-8822

Si desea enviar pagos de forma inmediata, puede hacerlo por correo a:

Blue Cross Medicare Advantage (HMO)
3232 West Reno
Lockbox #258822
Oklahoma City, OK 73107

FINAL

Opción 2: Pago mediante débito automático

En lugar de pagar con cheque, puede debitar automáticamente su prima mensual del plan de su cuenta bancaria.

Los débitos automáticos desde su cuenta bancaria de la prima del plan se realizarán de forma mensual aproximadamente el cuarto día de cada mes. Para solicitar un formulario de cámara de compensación automatizada (ACH, en inglés) para configurar el débito automático de su cuenta bancaria, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web getblueil.com/mapd.

Opción 3: pago con cheque por teléfono

Puede realizar un pago de la multa por inscripción tardía rápidamente por teléfono. Llame al 1-866-398-9058 para realizar un pago con cheque por teléfono.

Opción 4: Puede solicitar la deducción de la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social

Cambio de la forma de pago de su prima. Si decide cambiar la forma de pagar su prima, es posible que deba esperar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de pagar su prima del plan a tiempo. Para cambiar su prima, puede llamar al Servicio al Cliente y cambiar su opción de pago.

Qué hacer si está teniendo problemas para pagar su prima del plan

Si finalizamos su membresía porque no ha pagado su prima, seguirá teniendo cobertura médica de Original Medicare.

Si finalizamos su membresía del plan porque no ha pagado la prima de su plan, no podrá recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. Durante el período anual de inscripción abierta de Medicare, puede inscribirse en un plan para medicamentos con receta independiente o en un plan de seguro de gastos médicos que también brinde cobertura para medicamentos. (Si permanece sin cobertura “válida” para medicamentos durante más de 63 días, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D mientras tenga cobertura de esa parte).

En el momento en el que finalicemos su membresía, es posible que aún nos deba las primas que no haya pagado. Tenemos derecho a reclamar el cobro de las primas que adeude. En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro plan que ofrezcamos), deberá pagar el monto que adeude a fin de poder inscribirse.

Si cree que hemos suspendido su membresía por error, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una queja. En el Capítulo 9, Sección 10, de este cuadernillo, se describen los pasos para seguir a fin de presentar una queja. Si no le fue posible pagar la prima de su plan dentro de nuestro periodo de gracia por haber tenido una emergencia que estuvo fuera de su

FINAL

control, puede presentar una queja. Tras las quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. En la Sección 10 del Capítulo 9 de este documento, se explica cómo presentar una queja o puede llamarnos al 1-877-774-8592 de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe efectuar su solicitud antes de los 60 días posteriores a la fecha de finalización de su membresía.

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

No. No está permitido cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si se realiza alguna modificación a la prima mensual del plan del año siguiente, se lo informaremos en septiembre, y el cambio entrará en vigor el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos la parte de la prima que le corresponde abonar a usted puede sufrir modificaciones durante el año. Esto sucede si se vuelve o deja de ser elegible para el programa de "Ayuda Adicional" durante el transcurso del año. Si un miembro reúne los requisitos a fin de obtener "Ayuda Adicional" para los gastos de medicamentos recetados, el programa de "Ayuda Adicional" pagará una parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que pierde la elegibilidad durante el año, comenzará a pagar el total de la prima mensual. Puede obtener más información sobre el programa de "Ayuda Adicional" en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de asegurados

Su registro de membresía contiene información de su formulario de inscripción e incluye su dirección y número de teléfono. Detalla su plan de cobertura específico, que incluye el nombre de su proveedor de atención primaria/grupo de médicos.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta acerca de usted. **Estos proveedores de la red se basan en su registro de membresía para verificar qué servicios y medicamentos están cubiertos y las sumas de costo compartido para usted.** Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que usted tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge, la indemnización por accidentes de trabajo o Medicaid).
- Si tiene cualquier reclamo por responsabilidad civil, como reclamos por accidentes de automóvil.

- Si se lo ha internado en una residencia para ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o en una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia la persona responsable designada (como su cuidador).
- Si participa en 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)

Si cualquier parte de esta información se modifica, llame al Departamento de Servicios para Miembros a fin de notificarnos al respecto (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

También es importante que se contacte con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números telefónicos y la información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

SECCIÓN 7 Funcionamiento de un plan médico adicional con nuestro plan

OTROS SEGUROS MÉDICOS

Medicare nos exige reunir información sobre cualquier cobertura adicional de seguro médico o medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios que le corresponden según nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de Beneficios** (COB, en inglés).

Una vez por año, recibirá una carta en la que se enumerará cualquier cobertura adicional de seguro médico o medicamentos de los que tengamos conocimiento. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no se encuentra en la lista, llame a Servicio al Cliente. Es posible que deba proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otros seguros médicos (una vez que haya confirmado su identidad), para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Si tiene un plan médico adicional (como cobertura médica grupal del empleador), existen reglas establecidas por Medicare que estipulan quién paga primero, si nuestro plan o su plan médico adicional. El seguro que paga primero se denomina “pagador principal” y paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga segundo se denomina “pagador secundario” y solo paga si hay costos que la cobertura principal no abonó. Puede que el pagador secundario no abone todos los costos que no fueron cubiertos. Si tiene un plan médico adicional, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas tienen validez para la cobertura de planes de salud grupales ofrecidos por el empleador o el sindicato:

- Si tiene cobertura de jubilación, Medicare paga primero.

- Si la cobertura de su plan de salud grupal está basada en su empleo actual o en el empleo actual de un familiar, el responsable de pagar primero depende de su edad, la cantidad de personas que emplea su empleador y si tiene Medicare por edad, discapacidad o insuficiencia renal en etapa terminal (IRET):
  - Si es menor de 65 años, está discapacitado y usted o su familiar todavía trabajan, el plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si al menos un empleador de un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
  - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge siguen trabajando, el plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos un empleador de un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por IRET, el plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que se vuelva elegible para Medicare.

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

- Seguro sin determinación de culpabilidad (incluye seguro de automóvil).
- Responsabilidad (incluye seguro de automóvil).
- Beneficios por neumoconiosis.
- Indemnización por accidentes de trabajo.

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

FINAL

CAPÍTULO 2:
Números telefónicos y recursos importantes

FINAL

SECCIÓN 1 Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) contactos

(cómo comunicarse con nosotros, que incluye cómo contactarse con el Servicio al Cliente)

Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de nuestro plan

Para obtener asistencia con las reclamaciones, la facturación o consultas por la tarjeta de membresía, llame o escriba al Departamento de Servicios para Miembros de Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS). Nos complacerá ayudarlo.

Método	Departamento de Servicios para Miembros: información de contacto
LLAME AL	1-877-774-8592 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados. El Departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
FAX	1-855-674-9192
ESCRÍBANOS	Customer Service Box 4555 Scranton, PA 18505
SITIO WEB:	getblueil.com/mapd

Cómo comunicarse con nosotros para consultar sobre una decisión de cobertura o una apelación referente a su atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre la suma que pagaremos por sus servicios médicos o

medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre decisiones de cobertura o apelaciones de su atención médica o medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene algún problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de cobertura de atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-877-774-8592 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
FAX	1-855-874-4711
ESCRÍBANOS	Blue Cross Medicare Advantage c/o Coverage Decisions P.O. Box 4288 Scranton, PA 18505
SITIO WEB:	getblueil.com/mapd

Método	Apelaciones por atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-877-774-8592 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si

FINAL

Método	Apelaciones por atención médica: información de contacto
	llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
FAX	Apelación Estándar: 1-800-419-2009 Apelación Acelerada (Rápida): 1-800-338-2227
ESCRÍBANOS	Blue Cross Medicare Advantage c/o Appeals P.O. Box 663099 Dallas, TX 75266

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones por medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-877-774-8592 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
FAX	1-800-693-6703
ESCRÍBANOS	Apelaciones de Medicare Atención: Clinical Review Department 2900 Ames Crossing Road Eagan, MN 55121
SITIO WEB:	getblueil.com/mapd

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja por su atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.

Puede presentar una queja sobre nosotros o una de las farmacias o proveedores que forman parte de nuestra red, lo cual incluye quejas sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas por cobertura o pagos. Para obtener más

FINAL

información sobre cómo presentar una queja por su atención médica, consulte el Capítulo 9*(Qué hacer si tiene algún problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas por Atención Médica o Medicamentos con Receta de la Parte D: Información de Contacto.
LLAME AL	1-877-774-8592 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
FAX	1-855-674-9192
ESCRÍBANOS	Blue Cross Medicare Advantage c/o Grievances Box 4288 Scranton, PA 18505
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) directamente ante Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de atención médica o medicamentos que usted ha recibido

Para obtener más información sobre las situaciones en las que usted deba solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta lo siguiente: Si envía una solicitud de pago y rechazamos alguna parte de su solicitud, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene algún problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* para obtener más información.

FINAL

Método	Solicitud de reclamaciones de pago médico: información de contacto
ESCRÍBANOS	Medical Claims Payment Request P.O. Box 4195 Scranton, PA 18505
SITIO WEB:	getblueil.com/mapd

Método	Solicitud de reclamación de pago de medicamentos con receta: información de contacto
ESCRÍBANOS	Prescription Drug Claims Payment Requests P.O. Box 20970 Lehigh Valley, PA 18002-0970
SITIO WEB:	getblueil.com/mapd

Método	Solicitudes de pago de atención de urgencias internacionales o de atención médica inmediata: información de contacto
ESCRÍBANOS	Blue Cross Blue Shield Global Core Service Center P.O. Box 2048 Southeastern, PA 19399
SITIO WEB:	www.bcbsglobalcore.com

SECCIÓN 2 Medicare
(cómo recibir asistencia e información directamente del programa federal de 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”). Esta agencia contrata los servicios de organizaciones Medicare Advantage, lo cual incluye nuestra institución.

FINAL

Método	Medicare: Información de Contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB:	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno de Medicare. En él, se brinda información actualizada de Medicare y temas actuales de Medicare. También se brinda información sobre hospitales, residencias para ancianos, médicos, agencias de atención médica domiciliaria y centros de diálisis. Se incluyen documentos que puede imprimir directamente de su computadora. También se pueden encontrar contactos de Medicare en su estado. En el sitio web de Medicare, también encontrará información detallada sobre los requisitos que debe reunir para lograr la elegibilidad en Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad para Medicare:** Proporciona información sobre el estado de elegibilidad para Medicare. • **Localizador de planes de Medicare:** Ofrece información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta disponibles de Medicare, los seguros de gastos médicos de Medicare y las pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas ofrecen un *cálculo aproximado* de sus gastos de bolsillo en los distintos planes de Medicare. También puede usar el sitio web para informar a Medicare acerca de cualquier queja que tenga sobre Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS): • **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede presentar una queja sobre Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus

FINAL

Método	Medicare: Información de Contacto
	quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. 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 e informarle qué información está buscando. Encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado (asistencia gratuita, información y respuestas a sus consultas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Illinois, el SHIP es conocido como Illinois Department on Aging.

Illinois Department on Aging es un programa estatal independiente (que no está relacionado con ninguna compañía de seguros o seguro de gastos médicos) que recibe dinero del gobierno Federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a las personas con Medicare.

Illinois Department on Aging los consejeros pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas por la atención médica o el tratamiento que recibe y a solucionar cualquier problema con sus facturas de Medicare. Illinois Department on Aging, los consejeros pueden ayudarle si tiene preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

FINAL

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite *www.medicare.gov*
- Haga clic en **"Hable con alguien"** ("Talk to Someone") en el medio de la página de inicio
- Ahora tiene las siguientes opciones
  - Opción nro. 1: Puede tener un **chat en vivo con un representante de 1-800-MEDICARE**
  - Opción nro. 2: Puede seleccionar su **ESTADO** ("STATE") en el menú desplegable y hacer clic en IR ("GO"). Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Illinois Department on Aging
LLAME AL	1-800-252-8966
ESCRÍBANOS	Illinois Department on Aging One Natural Resources Way, Suite 100 Springfield, IL 62702-1271
SITIO WEB:	https://www2.illinois.gov/aging/ship/Pages/default.aspx

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad

En cada estado, funciona una Organización de Mejoramiento de Calidad designada para brindar servicios a los beneficiarios de Medicare. Para Illinois, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta - BFCC-QIO Program.

Livanta - BFCC-QIO Program tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por Medicare que controlan y ayudan a mejorar la calidad de la atención médica de personas con Medicare. Livanta - BFCC-QIO Program es una organización independiente. No está asociada con nuestro plan.

Debe comunicarse con Livanta - BFCC-QIO Program en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja por la calidad de la atención que ha recibido.
- Si considera que el período de cobertura por su estadía en el hospital finalizará demasiado pronto.
- Si considera que el período de cobertura por servicios de atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o centros de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) finalizará demasiado pronto.

Método	Livanta - BFCC-QIO Program (Illinois (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de): Información de Contacto
LLAME AL	Horario de atención de la Línea de Ayuda: 1-888-524-9900Días de semana: De 9:00 a. m. a 5:00 p. m. hora del este, central y montaña fines de semana y días feriados: De 11:00 a. m. a 3:00 p. m. hora del este, central y montaña
TTY	1-888-985-8775 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.
ESCRÍBANOS	Livanta - BFCC-QIO Program: Illinois 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB:	https://livantaqio.com/en

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar los requisitos de elegibilidad para los beneficios de Medicare y de administrar las inscripciones a Medicare. U.S. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales de 65 años de edad o más, o las personas con discapacidades o Insuficiencia Renal en Etapa Terminal que cumplan ciertos requisitos, son elegibles para Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe los cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social que le corresponda.

El Seguro Social está a cargo, además, de determinar quién debe pagar una suma adicional por su cobertura de medicamentos Parte D porque tienen mayores ingresos. Si recibió una carta del Seguro Social donde se le indica que tiene que pagar la cantidad extra y usted tiene preguntas sobre la suma o si sus ingresos decayeron debido a un evento trascendental, comuníquese con el Seguro Social para pedirles una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se contacte con su Seguro Social para hacerles saber de estos cambios.

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.

FINAL

Método	Seguro Social: información de contacto
	Puede usar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB:	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa mixto federal y estatal que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos. Algunas personas que reciben beneficios de Medicare también pueden ser elegibles para Medicaid.

Los programas que ofrece Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorro de Medicare” incluyen lo siguiente:

- **Beneficiario Calificado de Medicaid (QMB, en inglés):** Ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B, y otros gastos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también pueden reunir los requisitos para ser elegibles y recibir los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario especificado de Medicare con Bajos Recursos (SLMB, en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona calificada (QI, en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos trabajadores y discapacitados calificados (QDWI, en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con Illinois Department of Human Services.

Método	Illinois Department of Human Services: Información de Contacto
LLAME AL	1-800-843-6154 8:00 a.m. to 5:00 p.m. Local time

FINAL

Método	Illinois Department of Human Services: Información de Contacto
TTY	711
ESCRÍBANOS	Illinois Department of Human Services Springfield Office 100 South Grand Avenue East Springfield, IL 62762 Chicago Office 401 South Clinton St. Chicago, IL 60607
SITIO WEB:	https://www.dhs.state.il.us/page.aspx?

SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados

El sitio web de Medicare.gov (https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/6-ways-to-get-help-with-prescription-costs) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas de asistencia, que se describen a continuación.

Programa de "Ayuda Adicional" de Medicare

Medicare brinda "Ayuda Adicional" para pagar los costos de los medicamentos recetados a las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa o automóvil. Si es elegible, obtiene ayuda para pagar cualquier prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de las recetas médicas. Esta "Ayuda Adicional" cuenta como parte de sus gastos de bolsillo.

Si usted reúne automáticamente los requisitos para recibir el "Beneficio Adicional", Medicare le enviará una carta por correo. No tendrá que presentar una solicitud. Si no los reúne automáticamente, podrá recibir el "Beneficio Adicional" para pagar las primas y los costos de sus medicamentos con receta. A fin de ver si califica para la "Ayuda Adicional", llame al siguiente número:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La oficina de Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (aplicaciones).
- Su oficina estatal de Medicaid (solicitudes). (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

FINAL

Si cree que califica para recibir el "Beneficio Adicional" y considera que está pagando un monto de gastos compartidos incorrecto por un medicamento con receta en una farmacia, el plan cuenta con un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia del nivel de copago correspondiente o, si usted ya tiene esa evidencia, asistencia para presentárnosla.

- Los beneficiarios pueden comunicarse con nuestra área de Departamento de Servicios para Miembros a fin de solicitar asistencia para obtener información sobre la Mejor Evidencia Disponible (BAE, en inglés) y para proporcionar esta evidencia.
- Cuando se comunique con nosotros, verificaremos si existe una discrepancia o si podemos resolver la discrepancia relacionada con su ayuda adicional en función de la información a la que tenemos acceso. En algunos casos, es posible que debamos solicitarle que proporcione documentación, si la tiene disponible. Si no cuenta con documentación disponible, intentaremos verificar el estado de su ayuda adicional a través de canales de comunicación y de acuerdo con la guía establecida por los centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés).
- Los documentos que se indican a continuación son válidos para establecer el nivel correcto de ayuda adicional y la fecha de entrada en vigor para las personas que deben considerarse elegibles para el subsidio por bajos ingresos (LIS, en inglés). Cada elemento que se indica a continuación debe demostrar que la persona fue elegible para Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.
    - Una copia de la tarjeta de Medicaid del beneficiario que incluya su nombre y una fecha de elegibilidad
        - Si la copia de la tarjeta de Medicaid del beneficiario no indica una fecha de entrada en vigor, no se aceptará como una forma de BAE.
    - Una copia de un documento estatal que confirme el estado activo en Medicaid.
    - Una copia impresa del archivo de inscripción electrónica estatal que demuestre el estado en Medicaid.
    - Una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid estatales que demuestre el estado en Medicaid.
    - Otra documentación proporcionada por el estado que demuestre el estado de la persona en Medicaid.
    - Una carta de la Administración de Seguro Social (SSA, en inglés) que demuestre que la persona recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés).
    - Una solicitud presentada por la persona considerada elegible que confirme que el beneficiario es "automáticamente elegible para recibir la Ayuda Adicional..."

FINAL

- Los patrocinadores de la Parte D deben aceptar cualquiera de las siguientes formas de evidencia del beneficiario o de su farmacéutico, defensor, representante o miembro de la familia u otra persona que actúe en nombre del beneficiario para establecer que este está institucionalizado o que, desde la fecha especificada por la Secretaría, pero no antes del 1 de enero de 2012, es una persona que recibe servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS, en inglés) y califica para gastos compartidos de costo cero:
  1. Un recibo del centro que muestre el pago de Medicaid de un mes calendario completo para esa persona durante un mes después de junio del año calendario anterior.
  2. Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid al centro en nombre de la persona por un mes calendario completo después de junio del año calendario anterior.
  3. Una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid estatales que demuestre el estado institucional de la persona en función de, al menos, una estadía de un mes calendario completo de pago de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior;
  4. Una copia de los siguientes documentos que sea vigente desde la fecha especificada por la Secretaría, pero no antes del 1 de enero de 2012:
     - **a)** Un aviso de acción, un aviso de determinación o un aviso de inscripción emitido por el estado que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de elegibilidad para los HCBS durante un mes después de junio del año calendario anterior.
     - **b)** Un plan de servicios HCBS aprobado por el estado que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de entrada en vigor durante un mes después de junio del año calendario anterior.
     - **c)** Una carta de aprobación de autorización previa emitida por el estado para los HCBS que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de entrada en vigor durante un mes después de junio del año calendario anterior.
     - **d)** Otra documentación proporcionada por el estado que demuestre el estado de elegibilidad para los HCBS durante un mes después de junio del año calendario anterior. o
     - **e)** Un documento emitido por el Estado, como un aviso de pago, que confirme el pago para HCBS y que incluya el nombre del beneficiario y las fechas de HCBS.
- Cuando recibamos la evidencia de su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted abone el copago correcto cuando vuelva a obtener su próxima receta médica en la farmacia. Si abona un copago mayor, le reintegraremos el importe correspondiente. Le enviaremos un cheque por el excedente o descontaremos el importe de futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y registra ese monto como una deuda de la cual usted es responsable, nosotros podemos efectuar el pago directamente a la

FINAL

farmacia. Si el estado efectuó el pago en su nombre, pagaremos directamente al estado. Comuníquese con el Servicio al Cliente si tiene preguntas.

¿Qué ocurre si tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP, AIDS Drug Assistance Program) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV, human immunodeficiency virus) o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS, Acquired Immune Deficiency Syndrome) a tener acceso a medicamentos contra el SIDA que salvan la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos en la Lista de medicamento del Programa de Asistencia para Medicamentos del VIH (ADAP, en inglés) califican para la asistencia de gastos compartidos. Para obtener más información, comuníquese con Illinois ADAP Office.

Nota: Con el objetivo de ser elegible para el ADAP que funciona en su Estado, las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el Estado y el estado del VIH, los bajos ingresos según lo definido por el Estado y el estatus de sin cobertura de seguro médico/subasegurado. Si cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción local de ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos incluidos o cómo inscribirse en el programa, llame al [insert State-specific ADAP contact information].

Illinois ADAP Office
535 W. Jefferson St. First Floor
Springfield, IL 62761
https://dph.illinois.gov/topics-services/diseases-and-conditions/hiv-aids/ryan-white-care-and-hopwa-services

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos incluidos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-217-782-4977.

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores del ferrocarril de la nación y sus familias. Si recibe sus servicios de Medicare por medio de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les haga saber si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene alguna consulta con respecto a los beneficios que le corresponden de la Junta de Retiro Ferroviario, llame a la agencia.

Método	Junta de Retiro Ferroviario: Información de Contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, en inglés) los lunes, martes, jueves y viernes de 9:00 a. m a 3:30 p. m., y los miércoles de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. Si presiona “1”, puede acceder a la Línea de Ayuda automática de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a estos números *no* son gratuitas.
SITIO WEB:	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene algún "seguro grupal" o algún otro seguro de gastos médicos proporcionado por un empleador?

Si usted (o su cónyuge) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o al Departamento de Servicios para Miembros en caso de tener alguna pregunta. Puede preguntar acerca de sus beneficios médicos, primas, o período de inscripción (o los de su cónyuge) del empleador o de retiro. (Los números telefónicos del Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan.

Si tiene otra cobertura para medicamentos recetados a través de su empleador (o el de su cónyuge) o grupo de jubilados, comuníquese con el administrador de los beneficios del grupo. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos recetados con su plan.

FINAL

CAPÍTULO 3:
Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

FINAL

SECCIÓN 1 Conceptos que usted debe conocer acerca de cómo obtener cobertura para atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo, se explican los conceptos que usted necesita conocer sobre cómo obtener cobertura de su plan para atención médica. Proporciona las definiciones de ciertos términos y explica las normas que usted deberá seguir para recibir tratamientos, servicios, equipos, medicamentos con receta y otro tipo de atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener información detallada sobre el tipo de atención médica cubierta por nuestro plan y sobre qué parte del costo debe pagar cuando reciba esta atención, consulte la tabla de beneficios en el siguiente capítulo: Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, servicios incluidos y lo que usted debe pagar*).

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

- Los **"proveedores"** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para proveer servicios y atención médica. El término "proveedores" también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **"Proveedores de la red"** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su monto del costo compartido como pago total. Estos proveedores han acordado prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos emiten directamente una factura a nosotros por la atención que usted recibe. Cuando visite a un proveedor de la red, normalmente pagará solo la parte que le corresponde por el costo de los servicios cubiertos.
- Los **"Servicios incluidos"** incluyen toda la atención médica, servicios de salud, suministros, equipos y medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica que le corresponden se encuentran detallados en la tabla de beneficios del Capítulo 4. Sus servicios incluidos para medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener atención médica cubierta por el plan

Como plan de seguro de salud de Medicare, Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS), debe cubrir todos los servicios que cubre Medicare Original y debe cumplir todas las reglas de cobertura de Medicare Original.

Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) en general cubrirá su atención médica si:

FINAL

- **La atención médica que recibe se encuentra incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que recibe es considerada médicamente necesaria**. “De necesidad médica” significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de la afección médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que suministra y supervisa su atención médica.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un médico de atención primaria (PCP, en inglés) de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
  - En la mayoría de los casos, su proveedor de atención primaria de la red debe otorgarle la aprobación por adelantado antes de poder utilizar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica en el hogar. Esto se denomina otorgarle una "remisión". Para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
  - Las remisiones de su PCP no son necesarias en casos de atención de emergencia o de servicios requeridos urgentemente. También se proveen otros tipos de atención que no requieren la aprobación previa de su proveedor de atención primaria (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted recibe atención de un proveedor que es elegible para prestar servicios conforme a Original Medicare** (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2 de este capítulo). Como miembro de nuestro plan, puede recibir su atención de un profesional que forma parte de la red o de un profesional que no forma parte de la red.
  - Los proveedores de nuestra red figuran en *Provider Finder*.
  - Si se atiende con un profesional que no forme parte de la red, es posible que su participación en los costos de los servicios cubiertos sea mayor.
  - **Nota:** Si bien puede recibir atención médica de un proveedor que no forma parte de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto por la atención médica de emergencia, nosotros no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si acude a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare, será responsable del costo total de los servicios que reciba. Consulte a su proveedor antes de recibir los servicios a fin de confirmar que sea elegible para participar en Medicare.

SECCIÓN 2 Utilizar proveedores de la red del plan para obtener atención médica

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) que proporcione y supervise su atención médica.

Definición de "PCP" y qué tipo de servicios presta un PCP

- ***¿Qué es un PCP?*** Un PCP (médico de atención primaria) es su proveedor de atención médica principal en situaciones que no son de emergencia. Cuando se convierte en miembro de Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS), deberá elegir un médico o practicante de la red para que sea su PCP, que será el principal responsable de evaluar, tratar o coordinar sus necesidades de atención médica.
- ***¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como un PCP?*** Un PCP es un médico que dedica la mayoría del tiempo clínico a las prácticas generales de medicina interna, medicina para la familia o medicina geriátrica.
- ***¿Cuál es la función de un PCP?*** La función de su PCP es proporcionar atención médica preventiva y es principalmente responsable de evaluar, tratar o coordinar sus necesidades de atención médica.
- ***¿Cuál es la función del PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?*** Su PCP es responsable de coordinar todas sus necesidades de atención médica. Para ser elegible para los beneficios del plan de salud, su PCP debe proporcionar o remitir los servicios que reciba. Su PCP también le proporcionará la mayor parte de su atención médica y le ayudará a coordinar los demás servicios cubiertos que usted recibe como miembro de Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS).
- ***¿Cuál es la función del PCP en la toma de decisiones sobre la autorización previa u obtención de esta?*** Ciertos servicios requieren una autorización previa. Para recibir beneficios para el tratamiento de otro médico o proveedor, su PCP debe referir a ese proveedor. Si su PCP determina que se necesita una remisión, coordinará el proceso de remisión, generalmente dentro de la red de proveedores donde su PCP tenga un acuerdo de remisión establecido. Puede comunicarse con su PCP para obtener una lista de la red de remisiones establecida. Tenga en cuenta que no se brindarán beneficios por servicios o suministros que no estén enumerados como servicios cubiertos, incluso si los solicitó su PCP.

¿Cómo selecciona usted a su PCP?

Se le solicitará que seleccione un PCP en el momento de su inscripción. Si hay un especialista o un centro hospitalario concreto al que quiera acudir, compruebe primero que el PCP tiene un acuerdo de remisión establecido con ese especialista o ese hospital.

Cambio de su PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier razón, en cualquier momento. También podría ocurrir que su PCP dejara de pertenecer a la red de proveedores de nuestro plan y usted debiera seleccionar otro PCP.

Para asegurarse de que se sienta cómodo con la elección de médicos, puede cambiar su PCP por cualquier motivo. Debe llamar al 1-877-774-8592 (TTY: 711) para cambiar su PCP. El representante del Departamento de Servicios para Miembros de Blue Cross Medicare Advantage le informará la fecha de entrada en vigor del cambio y le enviará una nueva tarjeta de miembro, si corresponde, que refleje el cambio.

Los cambios entrarán en vigor el primer día del mes posterior a que hayamos recibido su llamado. Sin embargo, si usted está internado en un hospital o centro de enfermería especializada en el momento de su solicitud, el cambio no entrará en vigencia hasta que le hayan dado el alta.

Continuará recibiendo atención de su PCP actual hasta que el cambio entre en vigencia.

Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin una derivación de su PCP?

Usted puede obtener los servicios que se detallan a continuación sin obtener la aprobación previa de su PCP.

- Atención médica de rutina para la mujer, lo cual incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exploraciones pélvicas, siempre que obtenga estos servicios de un proveedor que forme parte de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la pulmonía, siempre que se las administre un proveedor que forme parte de la red.
- Servicios de emergencia, sin importar si usted obtiene estos servicios de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Los servicios urgentemente necesarios son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o son inaccesibles temporalmente o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser médicamente necesarios y de inmediato.
- Servicios de diálisis renal que usted obtenga de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, comuníquese con Servicio al Cliente antes de abandonar el área de servicio para que podamos ayudarle a programar una diálisis regular mientras se encuentra fuera del área).

FINAL

Sección 2.3 Cómo recibir atención médica de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que provee servicios de atención médica para una enfermedad específica o parte 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 afecciones cardíacas.
- Los médicos ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares.

Su PCP lo ayudará a encontrar especialistas y otros proveedores que pueda necesitar, o usted mismo puede buscarlos en nuestro Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) Provider Finder o *Directorio de proveedores en línea* en getblueil.com/mapd. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda para encontrar un proveedor o especialista que forme parte de la red. Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento.

- Para ciertos servicios, usted o su proveedor deberán obtener aprobación del plan antes de que podamos cubrirle el servicio. Esto se llama "autorización previa". A veces, el requisito de obtener aprobación previa sirve para guiar el uso apropiado de los servicios que son de necesidad médica. Si usted no obtiene dicha aprobación, es posible que el plan no cubra el servicio. Si utiliza un proveedor de la red, es responsabilidad del proveedor contratado seguir nuestras pautas y solicitar la autorización previa requerida en su nombre mientras lo mantiene exento de toda responsabilidad.
- El médico solicitante debe presentar las autorizaciones previas por teléfono, fax o a través del portal electrónico del proveedor. Esta información de contacto se puso a disposición de todos los médicos. Un miembro o representante del miembro puede solicitar una autorización previa; sin embargo, el médico solicitante deberá participar para completar la información necesaria a fin de procesar la autorización previa.
- Un médico clínico de Blue Cross Medicare Advantage o un director médico (MD, en inglés) con suficiente experiencia médica y otros conocimientos, incluido el conocimiento de los criterios de cobertura de Medicare, revisan algunas de las solicitudes de autorización previa antes de que Blue Cross Medicare Advantage emita la decisión de cobertura.
- En el caso de que necesite recibir servicios de emergencia, no se requiere autorización previa.
- Los proveedores no contratados, también conocidos como proveedores que no forman parte de la red (OON, en inglés), no están obligados a obtener una autorización previa para los servicios. Sin embargo, los servicios obtenidos están sujetos a una revisión de necesidad médica.

- Si necesita atención médica cuando esté fuera de Illinois, nuestro beneficio de punto de servicio (ofrecido a través de BlueCard®, por medio de Blue Cross and Blue Shield Association) le permite recibir atención de rutina y de seguimiento con autorización previa, según sea necesario. Si tiene preguntas sobre la autorización previa cuando viaje, llame al Departamento de Servicios para Miembros.
- El programa Global Core brinda a los miembros que viajan fuera de Estados Unidos y sus territorios acceso a servicios de asistencia médica urgente y de emergencia, médicos y hospitales en más de 200 países en todo el mundo. Si tiene preguntas sobre qué atención médica está cubierta cuando viaja, llame al Departamento de Servicios para Miembros o acceda a la información en www.bcbsglobalcore.com.
- Un miembro puede pagar algunas tarifas adicionales por utilizar la opción de gastos compartidos fuera de la red del punto de servicio.

¿Qué ocurre si un especialista u otro proveedor que forma parte de la red se retira de nuestro plan?

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista abandona el plan, usted cuenta con ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Nos esforzaremos por informarle con una antelación de al menos 30 días que su proveedor abandona su plan para que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor aprobado para continuar gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si se está sometiendo a un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido, y trabajaremos con usted para garantizar que así sea.
- Si nuestra red no cuenta con un especialista calificado para un servicio incluido por el plan, debemos cubrir ese servicio con los gastos compartidos dentro de la red.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar su proveedor anterior o que no se está gestionando su atención de forma adecuada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, en inglés), una inconformidad de la calidad de atención al plan, o ambas. Consulte el Capítulo 9.

FINAL

- Si se entera que su médico o especialista abandona su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y gestionar su atención.

Comuníquese con el Servicio al Cliente al 1-877-774-8592 (TTY: 711). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.

Sección 2.4 Cómo recibir atención médica de proveedores fuera de la red

Como miembro de nuestro plan, puede elegir recibir atención de profesionales de la salud que no forman parte de la red. Nuestro plan incluirá los servicios de los proveedores que forman o no forman parte de la red, siempre que los servicios sean beneficios cubiertos y sean de necesidad médica. Sin embargo, si usa un profesional que no forma parte de la red, es posible que su participación en los costos de sus servicios cubiertos sea mayor. Para obtener más información acerca de qué beneficios están cubiertos fuera de la red y la parte de los costos que pagará por proveedores que no forman parte de la red, consulte el cuadro de beneficios en el Capítulo 4 (Cuadro de Beneficios Médicos [qué está cubierto y qué debe pagar]).

Conforme a la opción de punto de servicio, los siguientes servicios no tienen cobertura si se reciben de un proveedor que no forma parte de la red:

- Beneficios complementarios (visión, audición, etc.)
- El examen físico anual

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre

Sección 3.1 Atención en casos de emergencia médica

¿Qué es una “emergencia médica” y cómo proceder en caso de tener una?

Una **"Emergencia médica":** ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si se trata de una mujer embarazada, fallecimiento del bebé nonato), la pérdida de una extremidad o de una función de esta, o la pérdida o incapacitación grave de las funciones corporales. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

En caso de una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda cuanto antes.** Llame al 911 para obtener ayuda o concurra a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame para solicitar una ambulancia en caso de necesitar una. *No* es necesario obtener primero la aprobación ni la remisión médica de su PCP. No es necesario que use un médico que forma parte de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forman parte de nuestra red.
- **En cuanto pueda, verifique que se haya informado a nuestro plan acerca de su emergencia.** Debemos realizar el seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, generalmente dentro de un plazo de 48 horas. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al 1-877-774-8592 (TTY: 711). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.

Servicios que están cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que el traslado a la sala de emergencia con otro medio de transporte podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le proveen atención de emergencia determinarán cuándo su estado es estable y si la emergencia médica ha concluido.

Una vez que haya finalizado la emergencia, usted tendrá derecho a recibir cuidado de seguimiento para verificar que su estado continúe estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que sus médicos se comuniquen con nosotros y planeen atención adicional. El cuidado de seguimiento está cubierto por nuestro plan.

Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su estado de salud y las circunstancias lo permitan.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

A veces, es difícil determinar cuándo se tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría consultar por una atención de emergencia (porque cree que su salud corre grave peligro) y el médico podría determinar que, en realidad, no se trató de una emergencia médica. Si se determina que no tuvo una emergencia médica (siempre que justificadamente haya creído que su salud corría grave peligro), cubriremos la atención que recibió.

Sin embargo, después de que el médico haya determinado que *no* fue una emergencia, cubriremos atención adicional *solo* si usted recibe esta atención de alguna de estas dos maneras:

- Acude a un proveedor de la red para recibir atención adicional.
- – *o* – la atención adicional que usted recibe se considera como "servicios requeridos urgentemente" y sigue las reglas para obtener estos servicios requeridos urgentemente (para obtener más información sobre este servicio, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Atención en casos de servicios requeridos urgentemente

¿Qué son los "servicios requeridos urgentemente"?

Un servicio urgentemente necesario es una situación que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un proveedor que forma parte de la red. El plan debe cubrir los servicios urgentemente necesarios proporcionados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios urgentemente necesarios son i) un dolor de garganta grave que ocurre durante el fin de semana o ii) un brote inesperado de una afección conocida cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio.

¿Qué sucede cuando usted está fuera del área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?

Nuestro plan cubre servicios de atención médica inmediata y de emergencia en todo el mundo fuera de Estados Unidos conforme a las siguientes circunstancias:

Si se encuentran fuera de Estados Unidos, los miembros solo pueden obtener servicios que se clasificarían como servicios de emergencia y requeridos urgentemente si estuvieran cubiertos dentro de Estados Unidos. Esta cobertura también puede incluir servicios de ambulancia en todo el mundo. Comuníquese con el plan al 1-877-774-8592 para obtener más información.

Sección 3.3 Cómo obtener atención médica durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos o el Presidente de Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, igualmente podrá recibir atención de su plan.

Visite nuestro sitio web: getblueil.com/mapd para obtener información sobre cómo recibir la atención médica necesaria durante un desastre declarado.

En general, si no puede usar un proveedor que forma parte de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores que no forman parte de la red con gastos compartidos dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, podrá obtener sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

FINAL

SECCIÓN 4 Cómo proceder si usted recibe la factura directamente por los gastos totales de los servicios

Sección 4.1 Puede hablar con nosotros para que paguemos nuestra parte del costo por los servicios cubiertos

Si pagó un monto mayor del que corresponde a sus gastos compartidos en los servicios incluidos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos incluidos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos incluidos*) para obtener más información sobre cómo proceder.

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

Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) cubre todos los servicios de necesidad médica, según se enumeran en la Tabla de Beneficios Médicos, en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

En el caso de servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted pagará la suma total por el costo de cualquier servicio que usted reciba después de haber agotado el beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Los costos que pague una vez que haya alcanzado el límite de beneficios no se aplicarán a su gasto máximo de bolsillo.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted participa en un “estudio de investigación clínica”?

Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?

Los médicos y científicos realizan estudios de investigación clínica (también llamados “ensayos clínicos”) a fin de probar nuevos tipos de atención médica, como observar la acción de un medicamento nuevo para el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare haya aprobado el estudio, y usted demuestre interés, alguien que trabaje en él se comunicará con usted para brindarle más información al respecto y verificar que reúna los requisitos establecidos por los científicos que realizan el estudio. Puede participar en el estudio, siempre y cuando reúna los requisitos para este *y* comprenda y acepte por completo las condiciones de participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare se hace responsable del pago de la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos informa que usted está en un ensayo clínico calificado, entonces solo es responsable de los gastos compartidos que forman parte de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de gastos compartidos de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los gastos compartidos que forman parte de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación para mostrarnos cuánto pagó. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo los demás servicios que requiere para su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) por medio de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener nuestra aprobación ni la de su médico de atención primaria (PCP, en inglés). *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica sean proveedores de la red de nuestro plan.

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, lo alentamos a que nos notifique con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

Si participa en un estudio que Medicare no aprobó, *será responsable de todos los costos de su participación en el estudio.*

Sección 5.2 Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿a quién le corresponde pagar cada gasto?

Al registrarse en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los elementos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, que incluyen lo siguiente:

- Habitación y comidas por estadías en el hospital que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos colaterales y las complicaciones de la nueva atención.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre los gastos compartidos de Original Medicare y su gasto compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma suma por los servicios que recibe como parte del estudio que la suma que pagaría si recibiera estos servicios de parte de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que demuestre cuánto gasto compartido pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre el envío de solicitudes de pago.

Este es un ejemplo de cómo funcionan los gastos compartidos: Digamos que se le realiza una prueba de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. Supongamos también que su parte del costo de estos análisis es de $20 con Original Medicare, pero la prueba solo sería de $10 si se aplicaran los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 para la prueba y nosotros pagaríamos otros $20 de copago requerido conforme a Original Medicare. Luego, usted notificará a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviará documentación como una factura del proveedor al plan. Luego, el plan le pagaría directamente $10. Por lo tanto, su pago neto es de $10, el mismo monto que pagaría conforme a los beneficios de nuestra cobertura. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, debe presentar documentación a su plan, como una factura del proveedor.

Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán los siguientes servicios:**

- Generalmente, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio aun si usted *no* participara en un estudio.
- Artículos o servicios provistos solamente para recopilar datos y no utilizados directamente para su atención médica. Por ejemplo, Medicare no cubre los gastos por TC mensuales que se realizan como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una TC.

Más información

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Medicare and Clinical Research Studies" (Medicare y los estudios de investigación clínica). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf).

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención cubierta en un “centro religioso no médico dedicado a la salud”

Sección 6.1 ¿Qué es una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica?

Un centro religioso no médico dedicado a la salud es un centro que provee atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada contradice las creencias religiosas de un miembro, nuestro plan proveerá cobertura

para atención en un centro religioso no médico dedicado a la salud. Este beneficio se provee únicamente para servicios de internación de la Parte A (servicios de atención que no sean médicos).

Sección 6.2 Obtener atención médica en una institución religiosa de salud no médica

Para recibir atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica, deberá firmar un documento legal en el que declare que se opone por razones de conciencia a recibir tratamientos médicos "no exceptuados".

- La atención o los tratamientos médicos "no exceptuados" se refiere a cualquier tipo de atención o tratamiento médico *voluntario* y *no exigido* por las leyes federales, estatales o locales.
- Los tratamientos médicos "exceptuados" se refieren a cualquier tipo de atención o tratamiento médico que usted reciba que *no* sea voluntario o *sea exigido* conforme a las leyes federales, estatales o locales.

Para recibir cobertura de nuestro plan, el cuidado que usted recibe de una institución no médica religiosa de atención médica debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención médica debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan que usted recibe está limitada a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución provistos en un centro, se deben cumplir las siguientes condiciones:
  - debe tener una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos para atención en hospital para pacientes internados o atención en centros de enfermería especializada.
  - – *y* – debe obtener aprobación previa de nuestro plan antes de ingresar al centro; de lo contrario, su internación no estará cubierta.

El plan cubre una cantidad ilimitada de días por cada período de beneficios para la atención hospitalaria para pacientes internados. Consulte el cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4.

FINAL

SECCIÓN 7 Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Será propietario del equipo médico duradero después de realizar un determinado número de pagos según nuestro plan?

Los equipos médicos duraderos (DME) incluyen artículos tales como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de asistencia para el habla, bombas de infusión IV, nebulizadores y camas hospitalarias ordenados por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre será propietario de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, analizamos otro tipo de equipo médico duradero que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan determinados tipos de equipo médico duradero se convierten en propietarios del equipo después de abonar los copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como asegurado deBlue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS)generalmente no será propietario de artículos rentados de DME sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras sea asegurado de nuestro plan. Incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos el derecho de propiedad del DME a usted. Llame al Servicio al Cliente para obtener más información.

¿Qué ocurre con los pagos que realizó por el equipo médico duradero si se cambia a Original Medicare?

Si no adquirió la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos por el artículo luego de cambiarse a Original Medicare para convertirse en su propietario. Los pagos realizados mientras está inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y, luego, se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de ser propietario del artículo.

Ejemplo 2: Realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y, luego, se unió a nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan, pero no obtuvo propiedad del artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego vuelve a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para adquirir la propiedad del artículo una vez que se inscriba nuevamente en Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

FINAL

Sección 7.2 Normas para el mantenimiento, los suministros y el equipo de oxígeno

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare, Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) cubrirá:

- Alquiler del equipo de oxígeno
- Suministro y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados para el suministro y el contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno

Si abandona Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) o ya no necesita el equipo de oxígeno por motivos médicos, entonces este equipo deberá ser devuelto al propietario.

¿Qué sucede si usted abandona su plan y luego vuelve a Original Medicare?

Original Medicare exige que un proveedor de oxígeno le proporcione servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, alquila el equipo. Los 24 meses restantes que el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de cinco años, puede elegir quedarse con la misma empresa o ir a otra. En este punto, el ciclo de cinco años comienza de nuevo, incluso si permanece con la misma compañía, lo que requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o abandona nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

FINAL

CAPÍTULO 4:

Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

FINAL

SECCIÓN 1 Explicación de los gastos de su bolsillo por servicios cubiertos

Este capítulo incluye una Tabla de Beneficios Médicos que enumera los servicios incluidos y le indica la suma que debe pagar por cada servicio incluido como asegurado de Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos.

Sección 1.1 Tipos de gastos de su bolsillo que debe pagar por servicios cubiertos

Para comprender la información de pago que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de gastos de su propio bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos.

- Un **"copago"** es el monto fijo que usted abona cada vez que recibe determinados servicios médicos. Debe abonar un copago en el momento que recibe el servicio médico. (En la Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2, encontrará más información sobre los copagos).
- El **"coseguro"** es el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Debe pagar el coseguro en el momento que recibe el servicio médico. (En la Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2, encontrará más información sobre su coseguro).

La mayor parte de las personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos o coseguro. Asegúrese de mostrar su evidencia de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde. Si cree que le pidieron que pague algo que no debía pagar, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?

Dado que usted está inscrito a un plan Medicare Advantage, existe un límite en cuanto a la cantidad que usted debe pagar de su bolsillo cada año por servicios médicos que forman parte de la red y que se encuentran incluidos por nuestro plan (consulte la Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2, a continuación). Este límite se denomina monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP, en inglés) por servicios médicos. Para el año calendario 2023, este monto será de $2,900.

Las sumas que paga por copagos y coseguro por servicios cubiertos dentro de la red cuentan para el cálculo de esta suma máxima de su bolsillo. (Los montos que paga por las primas de su plan y por sus medicamentos recetados de la Parte D no se aplican al cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo). Si sus pagos alcanzan el monto máximo de gastos de bolsillo de $2,900, usted no deberá pagar ningún gasto de bolsillo durante el resto del año por los servicios incluidos dentro de la red. No

habrá un monto máximo de gastos de bolsillo para los servicios que no forman parte de la red. Sin embargo, debe continuar pagando su prima del plan y la prima de Medicare Parte B (a menos que Medicaid o un tercero paguen la prima de la Parte B por usted). La tabla de beneficios de la Sección 2 muestra los gastos máximos de bolsillo de la categoría de servicio.

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los profesionales de la salud le realicen "facturas con saldo adicional"

Como miembro de Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS), un factor de protección importante para usted es que solo debe pagar el monto de gastos compartidos cuando reciba servicios incluidos por nuestro plan. Los proveedores no pueden sumar cargos adicionales separados. Este factor de protección (por el cual nunca paga más del monto de gastos compartidos) tiene validez incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e, incluso, si hay una disputa y nosotros no pagamos determinados cargos del proveedor.

Este factor de protección funciona de la siguiente manera.

- Si la suma del costo compartido es un copago (una cantidad fija en dólares, por ejemplo, $15.00), entonces usted solo debe pagar esa suma por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca pagará más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que visite:
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan solo cubre servicios de proveedores que no forman parte de la red en determinadas situaciones, como cuando obtiene una remisión, o en emergencias o servicios requeridos urgentemente).
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan solo cubre servicios de proveedores que no forman parte de la red en determinadas situaciones, como cuando obtiene una remisión, o en emergencias o servicios requeridos urgentemente).
- Si cree que un proveedor le ha "facturado saldo adicional", llame al Servicio al Cliente.

SECCIÓN 2 Usar la *Tabla de Beneficios Médicos* para saber qué está cubierto para usted y cuánto pagará

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan

La Tabla de Beneficios Médicos en las siguientes páginas enumera los servicios que cubre Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) y lo que usted debe pagar de su bolsillo por cada servicio. La cobertura para medicamentos con receta de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos se cubren solo cuando se reúnen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos de Medicaid deben ser provistos según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Los servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de la afección médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.
- Tiene un Proveedor de atención primaria (PCP) que lo cuida y supervisa la atención que recibe. En la mayoría de los casos, su PCP debe otorgarle su aprobación previa antes de que usted pueda consultar otros proveedores de la red del plan. Esto se denomina darle una “remisión”.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos *solamente* si el médico u otro proveedor que forma parte de la red obtienen una aprobación previa (a veces llamada “autorización previa”) de nosotros. Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa están marcados en la Tabla de Beneficios Médicos en **negrita**.
- También podemos cobrarle "tarifas administrativas" por citas perdidas o por no pagar sus gastos compartidos requeridos en el momento del servicio. Llame al Servicio al Cliente si tiene preguntas sobre estas tarifas administrativas.

Otros puntos importantes que considerar sobre nuestra cobertura:

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Por algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Por otros, paga *menos*.(Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted 2023*. Véalo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- En el caso de todos los servicios médicos preventivos que están cubiertos sin costo conforme a Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo alguno para usted. Sin embargo, si usted también recibe tratamiento o control por una afección médica existente durante la consulta en la que recibe el servicio de prevención, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier nuevo servicio durante 2023, Medicare o nuestro plan cubrirá dichos servicios.

Verá esta manzana al lado de los servicios de prevención en la tabla de beneficios.

Tabla de Beneficios Médicos

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Línea de asistencia de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana	
Llame al 1-800-631-7023, las 24 horas del día, los 7 días de la semana Los enfermeros están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Pueden ayudarlo con sus inquietudes de salud y darle consejos de salud generales. Obtenga orientación confiable sobre posible atención médica de emergencia, atención médica urgente, atención familiar y más.	$0 de copago por la línea de asistencia de enfermería.
Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal	
Un solo examen preventivo de ultrasonido para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen preventivo si posee ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión para ello de parte de su médico, auxiliar médico, enfermera especializada o especialista de enfermería clínica.	**Dentro de la Red** No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo. **Fuera de la Red** Copago de $60 por servicios incluidos de Medicare.

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Acupuntura para dolor lumbar crónico	
Los servicios incluidos comprenden los siguientes: Se cubren hasta 12 consultas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • Dolor con una duración de 12 semanas o más. • No específico, en el sentido de que no tiene ninguna causa sistémica identificable (es decir, no está asociada con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No está asociado con una intervención quirúrgica, y • No está asociado con el embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que muestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora. Requisitos del proveedor: Los médicos (según se define en el artículo 1861(r)(1) de la Ley de Seguro Social (la Ley) pueden proporcionar servicios de acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales correspondientes. Los médicos asociados (PA, physician assistant), las enfermeras especializadas (NP, nurse practitioner), las enfermeras clínicas especializadas (CNS, clinical nurse specialist) (según se identifican en el artículo 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal asociado pueden proporcionar servicios de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y si cuentan con los siguientes documentos:	**Dentro de la Red** $30 de copago por cada consulta cubierta por Medicare. **Fuera de la Red** Copago de $75 por cada consulta incluida por Medicare. **Se puede requerir autorización previa o una remisión.**

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Acupuntura para dolor lumbar crónico • un máster o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una institución acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • una licencia actualizada, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia. El personal asociado que proporciona los servicios de acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, un PA o una NP/CNS de acuerdo con lo que exigen nuestras reglamentaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.	
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de traslado en ambulancia en aeronaves de alas fijas, aeronaves de alas giratorias y por tierra al centro correspondiente más cercano que pueda proveer atención solo a miembros cuyas condiciones médicas son tales que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud, o si lo autoriza el plan. • El transporte en ambulancia que no sea de emergencia corresponde si se documenta que la afección del miembro es tal que otro medio de transporte podría ser peligroso para la salud del paciente y el traslado en ambulancia es médicamente necesario.	**Dentro de la Red** $225 de copago por cada servicio de transporte terrestre de ida cubierto por Medicare. 20% del costo total por cada servicio de transportación de ida aéreo cubierto por Medicare. **Fuera de la Red** $225 de copago por cada servicio de transporte terrestre de ida cubierto por Medicare. 20% del costo total por cada servicio de transportación

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Servicios de ambulancia	de ida aéreo cubierto por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**
Examen físico anual El examen físico de rutina de una persona es una evaluación exhaustiva de la atención médica preventiva y de gestión, que incluye un historial apropiado para la edad y el sexo, un examen práctico y orientación anticipatoria/intervenciones para la reducción de los factores de riesgo.	**Dentro de la Red** $0 de copago por un examen físico anual. **Fuera de la Red** Sin cobertura por un examen físico anual.
Consulta preventiva anual Si tiene la Parte B desde hace más de 12 meses, puede obtener una consulta preventiva anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de su salud actual y sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses. **Nota**: Su primera consulta preventiva anual no se puede realizar en los 12 meses posteriores a su consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que se haya realizado una consulta de “Bienvenida a Medicare” para tener cobertura para consultas preventivas anuales luego de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	**Dentro de la Red** No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva anual. **Fuera de la Red** $60 de copago por servicios cubiertos por Medicare.
Mediciones de masa ósea Para pacientes que reúnen los requisitos (generalmente, son personas con riesgo de pérdida de masa ósea o con riesgo de osteoporosis), los	**Dentro de la Red** No se aplica coseguro, copago ni deducible para las

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Mediciones de masa ósea	
siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si se consideran médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluido un informe médico de los resultados.	mediciones de masa ósea cubierta por Medicare. **Fuera de la Red** $60 de copago por servicios cubiertos por Medicare.
Examen de detección de cáncer de mama (mamografías)	
Los servicios incluidos comprenden los siguientes: • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Un examen clínico de mamas cada 24 meses.	**Dentro de la Red** No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas. **Fuera de la Red** $60 de copago por servicios cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación cardíaca	
Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están incluidos para los asegurados que cumplan ciertos requisitos si son referidos por un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que, por lo general, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	**Dentro de la Red** $30 de copago por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. $30 de copago por servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare. **Fuera de la Red** 40% del costo total por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Servicios de rehabilitación cardíaca	40% del costo total por servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare. **Se puede requerir autorización previa o una remisión.**
Consulta para reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su profesional de la salud primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, el médico puede analizar el uso de la aspirina (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté alimentándose de forma saludable.	**Dentro de la Red** No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedad cardiovascular de terapia conductual intensiva. **Fuera de la Red** $60 de copago por servicios cubiertos por Medicare.
Detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	**Dentro de la Red** No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años. **Fuera de la Red**

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Detección de enfermedades cardiovasculares	$60 de copago por servicios cubiertos por Medicare.
Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino Los servicios incluidos comprenden los siguientes: • Para todas las mujeres, se cubren pruebas de Papanicolaou y tactos vaginales una vez cada 24 meses. • Si tiene alto riesgo de sufrir cáncer de cuello uterino o de vagina o si usted se encuentra en edad fértil y obtuvo un resultado no normal de la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	**Dentro de la Red** No se aplica coseguro, copago ni deducible para Papanicolaou y tactos vaginales preventivos cubiertos por Medicare. **Fuera de la Red** $60 de copago por servicios cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios incluidos comprenden los siguientes: • Solo incluimos la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones.	**Dentro de la Red** $20 de copago por servicios cubiertos por Medicare. **Fuera de la Red** 40% del costo total por servicios cubiertos por Medicare. **Se puede requerir autorización previa o una remisión.**

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Examen de detección de cáncer colorrectal	
Para personas mayores de 50 años, se cubren los siguientes servicios: • Sigmoidoscopia flexible (o examen de detección por enema de bario como alternativa) cada 48 meses. Uno de los siguientes cada 12 meses: • Prueba de sangre oculta en materia fecal basada en guaiac (gFOBT, en inglés) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT, en inglés) Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años Para personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubren los siguientes servicios: • Examen de detección por colonoscopía (o examen de detección por enema de bario como alternativa) cada 24 meses. Para personas sin alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubren los siguientes servicios: • Examen de detección por colonoscopía cada 10 años (120 meses), pero no en el transcurso de los 48 meses posteriores a una detección por sigmoidoscopia.	**Dentro de la Red** No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. 0$ de copago por cada enema de bario cubierto por Medicare. **Fuera de la Red** $60 de copago por servicios colorrectales cubiertos por Medicare. 40% del costo total por cada enema de bario incluido en Medicare.
Servicios dentales	
En general, los servicios dentales preventivos (como las limpiezas, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare.	***Servicios cubiertos por Medicare:*** **Dentro de la Red** $45 de copago por servicios cubiertos por Medicare.

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Servicios dentales	
	Fuera de la Red 40% del costo total por servicios cubiertos por Medicare. ***Servicios dentales suplementarios:*** **Dentro y fuera de la red** $0 de copago por servicios dentales preventivos, que incluyen lo siguiente: • 2 exámenes bucales por año • 2 limpiezas por año • una radiografía con aleta de mordida por año Límite de cobertura del plan dental sobre **Servicios Integrales Básicos de Restauración**: monto de cobertura máxima del plan de $1,000 para beneficios dentales integrales dentro y fuera de la red por año. Consulte todos los detalles en la Tabla de Beneficios Médicos correspondientes a la cobertura dental Integral de Servicios BÁSICOS de Restauración. *Beneficios Suplementarios Opcionales* *Los servicios **Principales de Restauración** con asignación*

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Servicios dentales	
	adicional solo están disponibles si se compra el paquete de Beneficios Suplementarios Opcionales. *Consulte la Sección 2.2 para obtener información sobre los Beneficios Suplementarios Opcionales.* **Se puede requerir autorización previa o una remisión.**
Examen de detección de depresión	
Cubrimos un examen preventivo de depresión por año. El examen de detección debe realizarse en un entorno de atención médica primaria que provea tratamientos de seguimiento o remisiones.	**Dentro de la Red** No se aplica coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de examen de detección de depresión. **Fuera de la Red** $60 de copago por servicios cubiertos por Medicare.
Prueba de detección de diabetes	
Cubrimos este examen de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o antecedentes de azúcar alta en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden cubrirse si usted reúne otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.	**Dentro de la Red** No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare. **Fuera de la Red**

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Prueba de detección de diabetes	
En función de los resultados de estas pruebas, usted puede ser elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	$60 de copago por servicios cubiertos por Medicare.
Servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes	
Para todos los pacientes diabéticos (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios incluidos comprenden los siguientes: • Suministros para medir la glucosa en sangre, medidores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones para el control de la glucosa para probar la precisión de las tiras reactivas y los medidores. • Para personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético: un par de zapatos ortopédicos a medida por año natural (incluidas plantillas provistas con el calzado) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas desmontables no hechas a medida provistas con este calzado). La cobertura incluye la adaptación a medida. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones.	**Dentro de la Red** 0% de gastos compartidos limitados a suministros para pruebas de diabetes (metros, tiras y lancetas) obtenidos a través de la farmacia para un producto de la marca LifeScan (OneTouch Verio Flex, OneTouch Verio Reflect, OneTouch Verio, OneTouch Ultra Mini y OneTouch Ultra 2). Se requerirá Autorización previa para todos los demás suministros de pruebas para personas diabéticas (medidores, tiras, lancetas) y estará sujeta a gastos compartidos de 20%. Asimismo, todas las tiras reactivas estarán sujetas a una cantidad límite de 204 para un período de 30 días. Los productos de Monitoreo Continuo de la Glucosa (CGM, en inglés) obtenidos a través de la farmacia están sujetos a gastos

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes	
	compartidos de 20%, Autorización Previa y Cantidad Límite. Se prefiere la cobertura para los productos Dexcom G6 y Freestyle Libre de Abbott. 20% del costo total por zapatos o insertos terapéuticos para diabéticos incluidos en Medicare. $0 de copago por servicios de entrenamiento de autocontrol de la diabetes cubiertos por Medicare. **Fuera de la Red** 20% del costo total por suministros para la diabetes cubiertos por Medicare. 20% del costo total por zapatos o insertos terapéuticos para diabéticos incluidos en Medicare. 40% del costo total por servicios de entrenamiento de automanejo de la diabetes cubiertos por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Equipos médicos duraderos (Durable medical equipment, DME) y suministros relacionados	
(La definición de "equipo médico duradero" se incluye en el Capítulo 10 de este cuadernillo y también en la Sección 7 del Capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a 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 de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si uno de nuestros proveedores en su área no vende una marca o no trabaja con un fabricante en particular, puede solicitarle que haga un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores se encuentra disponible en nuestro sitio web en getblueil.com/mapd.	**Dentro de la Red** 20% del costo total por equipos médicos duraderos y suministros cubiertos por Medicare. Sus gastos compartidos por la cobertura de los equipos de oxígeno de Medicare son 20% por mes. **Fuera de la Red** 20% del costo total por equipos médicos duraderos y suministros cubiertos por Medicare. Sus gastos compartidos por la cobertura de los equipos de oxígeno de Medicare son 20% por mes. **Puede que se requiera autorización previa.**
Atención médica de emergencia	
La atención de emergencia se refiere a los servicios que tienen las siguientes características: • Son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el	$90 de copago por cada consulta en la sala de emergencias incluida en Medicare El copago se exime si usted es admitido en el hospital dentro de los 3 días por la misma afección. **Cobertura en el extranjero** $90 de copago por servicios de emergencia o urgentes.

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Atención médica de emergencia	
fallecimiento (y, si se trata de una mujer embarazada, fallecimiento del bebé nonato), la pérdida de una extremidad o de una función de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente. Los costos compartidos para servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red son los mismos que para dichos servicios prestados dentro de la red. **Los servicios de atención médica inmediata o de emergencia en el extranjero están cubiertos.**	Si recibe atención médica de emergencia en un hospital que no forma parte de la red y necesita atención como paciente internado después de que se haya estabilizado su cuadro de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que se cubra su atención médica.
Programas educativos sobre salud y bienestar	
SilverSneakers puede ayudarlo a vivir una vida más saludable y activa mediante el acondicionamiento físico y la conexión social. Está cubierto por un beneficio de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers en los centros participantes[1]. Tiene acceso a los instructores que dirigen clases de ejercicio grupal especialmente diseñadas[2]. En las ubicaciones participantes de todo el país[1], puede tomar clases[2] y usar equipos de ejercicio y otros servicios. Además, SilverSneakers FLEX® le ofrece opciones para estar activo fuera de los gimnasios tradicionales (como en centros recreativos, centros comerciales y parques). SilverSneakers también lo conecta con una red de apoyo y recursos virtuales a través de clases de SilverSneakers LIVE™, videos de SilverSneakers On-Demand™ y nuestra aplicación móvil, SilverSneakers GO™. Además, obtiene acceso a GetSetUp[3], con miles de clases en línea en vivo para fomentar su interés en temas como la cocina, la tecnología y el arte. Todo lo que necesita para comenzar es su número personal de id. de SilverSneakers. Visite SilverSneakers.com para	$0 de copago para este programa de bienestar.

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Programas educativos sobre salud y bienestar averiguar más acerca de 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., hora del este. Consulte siempre con su médico antes de comenzar un programa de ejercicios. **1.** Las ubicaciones participantes (“PL”, en inglés en inglés) no son propiedad de Tivity Health, Inc. ni están operadas por Tivity Health, Inc. ni sus afiliadas. El uso de centros y servicios de las PL se limita a los términos y condiciones de la membresía básica de las PL. Los centros y los servicios varían según la PL. **2.** La membresía incluye clases de acondicionamiento físico grupales guiadas por instructores de SilverSneakerers. Algunas ubicaciones ofrecen clases adicionales a los miembros. Las clases varían según la ubicación. **3.** GetSetUp es un proveedor de servicios externo y no es propiedad de Tivity Health, Inc. (“Tivity”) ni está operado por Tivity Health, Inc. o sus filiales. Los usuarios deben contar con servicio de Internet para poder utilizar el servicio de GetSetUp. Los cargos del servicio de Internet son responsabilidad del usuario. Es posible que se apliquen cargos por el acceso a ciertas clases o funciones de GetSetUp. 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.	

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Programas educativos sobre salud y bienestar SilverSneakers y SilverSneakers FLEX son marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc., SilverSneakers LIVE, SilverSneakers On-Demand y SilverSneakerakers GO son marcas registradas de Tivity Health, Inc. © 2023 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.	
Servicios de audición Exámenes auditivos y equilibrio básicos realizados por su PCP para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención médica ambulatoria cuando son realizadas por un médico, un audiólogo u otro proveedor aprobado. Además de los beneficios incluidos de Medicare, también ofrecemos lo siguiente: Dos audífonos de la marca TruHearing dentro de la red cada año (uno por oído por año). El beneficio se limita a los audífonos Advanced y Premium de TruHearing, que vienen en varios estilos y colores, y que están disponibles en opciones de tipo recargables (por un adicional de $50 por audífono). Debe consultar a un proveedor de TruHearing para usar este beneficio. **La compra de audífonos incluye lo siguiente:** período de prueba de -60 días, garantía extendida de -3 años, -80 pilas por audífono para modelos no recargables. El beneficio no incluye ni cubre lo siguiente: • costo adicional por la recarga opcional de los audífonos; • audífonos de Venta Libre (OTC, en inglés); • moldes para oído,	***Servicios cubiertos por Medicare:*** **Dentro de la Red** Copago de $5 por los exámenes de audición incluidos por Medicare. **Fuera de la Red** 40%del costo total por Examen Auditivo de Rutina. ***Cobertura suplementaria para audífonos:*** **Dentro de la Red** • $0 de copago por 1 examen de audición de rutina por año. • $0 de copago por consulta de ajuste y evaluaciones del audífono: consultas ilimitadas a proveedores para implantes y ajustes en un período de

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Servicios de audición	
• asesoramiento sobre audífonos, • visitas adicionales al proveedor, • baterías adicionales (baterías cuando se compran audífonos recargables); • audífonos que no son de la marca TruHearing; • costos asociados con reclamos de garantía por pérdidas y daños. Los costos asociados con los artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan.	12 meses a partir de la fecha de compra de los audífonos TruHearing. Audífonos aprobados por el plan (uno por oído y por año). El beneficio se limita a los audífonos con la marca TruHearing. Copago de $699 por los Audífonos Advanced: Copago de $999 por los Audífonos Premium. *El examen auditivo de rutina y los copagos para audífonos no están sujetos al gasto máximo de bolsillo* *Debe consultar a un proveedor de TruHearing para usar este beneficio.* **Se puede requerir autorización previa o una remisión.**
Examen de detección de VIH	
Para personas que solicitan una prueba de detección de HIV o que tienen mayor riesgo de una infección por HIV, cubrimos lo siguiente: • Un examen de detección cada 12 meses. Para mujeres que están embarazadas cubrimos: • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo.	**Dentro de la Red** No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen de detección preventivo del HIV cubierto por Medicare. **Fuera de la Red**

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Examen de detección de VIH	$60 de copago por servicios cubiertos por Medicare.
Atención de una agencia de atención médica a domicilio Antes de recibir servicios de atención médica domiciliaria, un médico debe certificar que usted necesita dichos servicios y deberá ordenar tales servicios a una agencia de atención médica a domicilio. Debe estar confinado en casa, lo cual significa que salir de su casa representa un esfuerzo mayor. Los servicios cubiertos comprenden, entre otros, los siguientes: • Servicios de auxiliar de atención médica domiciliaria y de enfermeras de tiempo parcial o intermitente. (Para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de enfermería especializada y de auxiliar de atención médica domiciliaria 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.	**Dentro de la Red** $0 de copago por servicios cubiertos por Medicare. **Fuera de la Red** 40% del costo total por servicios cubiertos por Medicare. **Se puede requerir autorización previa o una remisión.**
Terapia de infusiones en el hogar El tratamiento de infusiones en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o compuestos biológicos a un individuo en el hogar. Los componentes necesarios para realizar las infusiones en el hogar incluyen el medicamento	**Dentro de la Red** 20% del costo total por servicios incluidos de Medicare.

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Terapia de infusiones en el hogar	
(por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos comprenden, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención • El entrenamiento y capacitación del paciente no están cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero. • Monitoreo remoto. • Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusiones en el hogar y medicamentos para este tratamiento que haya suministrado un proveedor calificado en terapia de infusiones en el hogar.	**Fuera de la Red** 40% del costo total por servicios cubiertos por Medicare. **Se puede requerir autorización previa o una remisión.**
Cuidados paliativos	
Usted es elegible para recibir los beneficios del centro de cuidado paliativo cuando su médico y el director médico del centro de cuidado paliativo le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y 6 meses de vida o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir cuidados de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicios del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee, controla o en los que tiene un interés. 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. Los servicios incluidos comprenden los siguientes:	Cuando se inscribe en un programa de un centro paliativo certificado por Medicare, Original Medicare y no Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) efectúa el pago de los cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal.

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Cuidados paliativos • Medicamentos para el control de síntomas y el alivio de dolor • Servicios de cuidado de respiro a corto plazo • Atención a domicilio. Cuando es admitido en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en su plan; y si decide hacerlo, debe continuar pagando las primas correspondientes. Para servicios de cuidados paliativos y servicios que estén cubiertos por Medicare Parte A o B y estén relacionados con su diagnóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos por sus servicios de cuidados paliativos y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidado paliativo, su proveedor de cuidado paliativo facturará a Original Medicare los servicios pagados por Original Medicare. Se le facturará la distribución de costos de Original Medicare. Para los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y no están relacionados con su pronóstico terminal: Si necesita servicios que no son de emergencia ni requeridos urgentemente que están cubiertos por Medicare Parte A o B y que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si usa un proveedor que forma parte de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como, por ejemplo, si hay un requisito para obtener una autorización previa). • Si recibe servicios incluidos por un proveedor que forma parte de la red, solamente paga la suma de gasto compartido del plan para servicios dentro de la red. • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo	

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Cuidados paliativos	
compartido conforme al método "arancel por servicio" de Medicare (Original Medicare).	
Para los servicios que están cubiertos por Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) pero no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) Continuarán cubriendo los servicios incluidos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, más allá de que estén o no relacionados con su diagnóstico terminal. Usted paga la suma del costo compartido de su plan por estos servicios.	
Medicamentos que pueden estar incluidos en el beneficio de la Parte D de la cobertura: si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal en un centro de cuidados paliativos, usted paga los gastos compartidos. Si están relacionados con su afección terminal en un centro de cuidados paliativos, usted paga los gastos compartidos de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo momento. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 del documento *Evidencia de Cobertura (Qué sucede si se encuentra en un centro paliativo certificado por Medicare*).	
Nota: Si necesita cuidado no paliativo (cuidado que no esté relacionado con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.	
Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo por una vez) para los enfermos terminales que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.	

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Inmunizaciones	
Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía. • Inyección contra la gripe, una vez en cada temporada de gripe en el otoño e invierno, con inyecciones adicionales si es médicamente necesario. • Vacuna contra la Hepatitis B para pacientes de riesgo alto o intermedio de contraer Hepatitis B. • Vacuna contra el COVID-19. • Otras vacunas, si corre riesgo y estas responden a las normas de cobertura de Medicare Parte B. También se cubren otras vacunas según nuestros beneficios de medicamentos recetados de la Parte D.	**Dentro de la Red** No se aplica un coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19. **Fuera de la Red** $60 de copago por servicios cubiertos por Medicare.
Atención en hospital para pacientes internados	
Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación y atención a largo plazo. La atención en un hospital para pacientes internados comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente internado. El plan cubre una cantidad ilimitada de días por período de beneficio. Los servicios incluidos comprenden, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería de rutina.	**Dentro de la Red** $190 de copago por día por los días 1-8 y $0 de copago por día por los días 9-90 por servicios cubiertos por Medicare. $0 de copago por día a partir de 91 días. **Fuera de la Red** 40% del costo total por estadía por servicios cubiertos por Medicare. Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Atención en hospital para pacientes internados	
• Costos de unidades de cuidados especiales (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. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de quirófano y habitación de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios para pacientes internados por abuso de sustancias. • En ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madres e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, someteremos su caso a revisión por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que determinará si usted es candidato para dicho procedimiento. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o externos al área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante que forman parte de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir ir a una ubicación local, siempre que los proveedores de trasplantes locales acepten la tarifa de Original Medicare. Si Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera de los patrones de atención para trasplantes en su comunidad y usted opta por recibir trasplantes en este lugar distante,	red después de que se estabilice su situación de emergencia, su costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red. **Se puede requerir autorización previa o una remisión.**

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Atención en hospital para pacientes internados	
coordinaremos o pagaremos los gastos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante • Sangre (incluidas la conservación y administración) La cobertura de sangre completa y concentrada de glóbulos rojos (así como otros componentes de la sangre) comienza a partir de la primera pinta de sangre que necesite • Servicios de médico. **Nota:** Para que usted pase a ser un paciente internado, su proveedor debe redactar una orden para que usted quede formalmente internado en el hospital. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que aún se lo considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, consulte al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada "¿Es usted un paciente hospitalizado o no hospitalizado? Si tiene Medicare, ¡pregunte!". Esta hoja de datos está disponible en el sitio web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-10/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico	
Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención mental que requieren internación en hospital. Nuestro plan cubre hasta 190 días en toda la vida de servicios de salud mental para pacientes internados en un	**Dentro de la Red** $225 de copago por día por los días 1-7 y $0 de copago por día por los días 8-90 por

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico	
hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria para pacientes internados no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados proporcionados en un hospital general.	servicios cubiertos por Medicare. **Fuera de la Red** del costo total por estadía por servicios cubiertos por Medicare. **Se puede requerir autorización previa o una remisión.**
Beneficio de alimentos	
Beneficio de entrega de comida posterior al alta:	$0 de copago.
Usted es elegible para las comidas que se entregan en el hogar inmediatamente después de la hospitalización o de la internación en un centro de enfermería especializada cuando lo deriva su profesional asignado al caso de su seguro de gastos médicos. Como parte del beneficio, puede recibir hasta 14 comidas totalmente preparadas y refrigeradas. Todas las comidas deben pedirse de forma consecutiva y no pueden repartirse durante el transcurso del año. Las comidas se envían en un solo envío de 14 comidas. El beneficio se puede usar tres veces al año a través del proveedor de comidas “Mom’s Meals”. La entrega de comidas puede tardar hasta 72 horas en días laborables. Pueden aplicarse algunas restricciones y limitaciones.	Los asegurados recibirán 2 meals per day for 7 days. Limited to one time per year. Un envío de 14 comidas. El beneficio está disponible para los miembros elegibles después de un evento que los haya convirtió en tales, como el alta de un centro para pacientes internados, un centro de enfermería especializada (SNF, en inglés) o un entorno de rehabilitación. **Puede que se requiera autorización previa.**

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Terapia de nutrición médica	
Este beneficio es para pacientes diabéticos, con enfermedades renales (del riñón, pero que no realizan diálisis) o después de un trasplante renal cuando, lo indiquesu médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o de Original Medicare) y 2 horas cada año de forma posterior. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, tal vez pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar su ordencada año si necesita continuar el tratamiento el próximo año natural.	**Dentro de la Red** No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare. **Fuera de la Red** $60 de copago por servicios cubiertos por Medicare.
Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (MDPP)	
Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento que brinda capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	**Dentro de la Red** No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP. **Fuera de la Red** $60 de copago por servicios cubiertos por Medicare.
Medicamentos recetados de Medicare Parte B	
Estos medicamentos están cubiertos según la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes:	Los medicamentos de la Parte B ***pueden*** estar sujetos a una terapia escalonada.

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Medicamentos recetados de Medicare Parte B	
• Medicamentos que normalmente no son autoadministrados por el paciente y son administrados por inyección o infusión mientras usted recibe servicios de médicos, hospitalarios ambulatorios o de centros de cirugía ambulatoria. • Medicamentos administrados por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por el plan. • Factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección, si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en Medicare Parte A cuando recibió el trasplante de órgano. • Medicamentos inyectables contra la osteoporosis, si usted está confinado en casa, ha sufrido una fractura ósea que un médico certifica que se relaciona con osteoporosis posmenopáusica y no se puede autoadministrar el medicamento. • Antígenos. • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y antieméticos. • Ciertos medicamentos para diálisis en el domicilio, incluidos heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea necesario desde el punto de vista médico, anestésicos tópicos y estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades de inmunodeficiencia primaria.	**Dentro de la Red** 20% del costo total por medicamentos para quimioterapia de la Parte B de Medicare. 20% del costo total por otros medicamentos de la Parte B de Medicare. **Fuera de la Red** 40% del costo total por medicamentos para quimioterapia de la Parte B de Medicare. 40% del costo total por otros medicamentos de Medicare Parte B. **Es posible que se requiera autorización previa o terapia escalonada.**

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Medicamentos recetados de Medicare Parte B El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada getblueil.com/mapd. También cubrimos algunas vacunas según nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y Parte D. En el Capítulo 5, se explican los beneficios de los medicamentos con receta de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que se cubran sus recetas médicas. En el Capítulo 6, se explica lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestra cobertura.	
Examen de detección de obesidad y tratamiento para promover un adelgazamiento constante	
Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos servicios de asesoramiento intensivo para ayudarlo a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si se le brinda en un entorno de atención médica primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su profesional de la salud primaria o proveedor médico para averiguar más datos.	**Dentro de la Red** No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de obesidad y tratamiento preventivos. **Fuera de la Red** $60 de copago por servicios cubiertos por Medicare.
Servicios del programa de tratamiento de opioides	
Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD, en inglés) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP, en inglés), que incluye los siguientes servicios: • U.S. Medicamentos para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT, en inglés) de agonistas y antagonistas opioides	**Dentro de la Red** $30 de copago por los servicios del programa de tratamiento de opioides cubiertos por Medicare. **Fuera de la Red** $75 de copago por los servicios del programa de

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Servicios del programa de tratamiento de opioides	
aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) de Estados Unidos. • Dispensación y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el uso de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas de toxicología. • Actividades de admisión • Pruebas periódicas	tratamiento de opioides cubiertos por Medicare. **Se puede requerir autorización previa o una remisión.**
Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias	
Los servicios cubiertos comprenden, entre otros, los siguientes: • Radiografías • Radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y servicios de técnicos • Suministros quirúrgicos, tales como apósitos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones. • Pruebas de laboratorio. • Sangre (incluidas la conservación y administración) La cobertura de sangre completa y concentrada de glóbulos rojos (así como otros componentes de la sangre) comienza a partir de la primera pinta de sangre que necesite • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias.	**Dentro de la Red** Servicios de radiografías para pacientes no hospitalizados incluidos por Medicare: $0 de copago Servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare: 20% del costo total Suministros médicos incluidos por Medicare: 20% del costo total Servicios de laboratorio para pacientes no hospitalizados cubiertos por Medicare: $0 de copago Servicios de sangre para pacientes no hospitalizados cubiertos por Medicare: 0$ de copago Procedimientos o pruebas de diagnóstico incluidos por

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias	
	Medicare: $0 - $50 de copago ($0 de copago para la Medición de Masa Ósea de Diagnóstico y la prueba de Colonoscopía de Diagnóstico realizadas en la misma fecha del servicio que la prueba preventiva correspondiente. $50 de copago para todos los demás servicios. Servicios de radiología de diagnóstico incluidos por Medicare: $0 - $200 de copago ($0 para la prueba de Mamografía de Diagnóstico realizada en la misma fecha de servicio que la prueba preventiva correspondiente. $150 de copago de todos los demás servicios en una Clínica de Radiología Independiente o $200 de copago en un hospital para pacientes no hospitalizados) **Fuera de la Red** Servicios de radiografías para pacientes no hospitalizados incluidos por Medicare: 40% del costo total. Servicios de radiología terapéutica cubiertos por

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias	
	Medicare: 40% del costo total Suministros médicos incluidos por Medicare: 20% del costo total Servicios de laboratorio para pacientes no hospitalizados incluidos por Medicare: 40% del costo total Servicios de laboratorio para pacientes no hospitalizados incluidos por Medicare: 40% del costo total Procedimientos y pruebas de diagnóstico incluidas por Medicare: 40% del costo total Servicios de radiología diagnóstica para pacientes no hospitalizados incluidos por Medicare: 40% del costo total **Puede que se requiera autorización previa.**
Servicios hospitalarios de observación para pacientes no hospitalizados	
Los servicios de observación son servicio de hospital para pacientes no hospitalizados que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente interno o si puede ser dado de alta.	**Dentro de la Red** $220 de copago por servicios de observación cubiertos por Medicare.

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Servicios hospitalarios de observación para pacientes no hospitalizados	
Para que se cubran los servicios hospitalarios de observación para pacientes no hospitalizados, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo si son provistos por orden de un médico u otra persona autorizada por una licencia estatal otorgada por ley y estatuto del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes no hospitalizados. **Nota:** A menos que el proveedor haya redactado una orden para admitir su hospitalización, usted es un paciente no hospitalizado y debe pagar las sumas de gastos compartidos por servicios para pacientes no hospitalizados. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que aún se lo considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada "¿Es usted un paciente hospitalizado o no hospitalizado? Si tiene Medicare, ¡pregunte!". Esta hoja de datos está disponible en el sitio web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-10/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	**Fuera de la Red** 40% del costo total por servicios de observación cubiertos por Medicare. **Se puede requerir autorización previa o una remisión.**
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	
Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento para pacientes no hospitalizados de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.	**Dentro de la Red** $225 de copago por servicios hospitalarios para

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	
Los servicios cubiertos comprenden, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes no hospitalizados, como por ejemplo servicios de observación o cirugía ambulatoria. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, que incluye la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento de internación sin ella. • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital. • Suministros médicos, como férulas y yesos. • Determinados medicamentos y productos biológicos que usted no puede suministrarse a sí mismo. **Nota:** A menos que el proveedor haya redactado una orden para admitir su hospitalización, usted es un paciente no hospitalizado y debe pagar las sumas de gastos compartidos por servicios para pacientes no hospitalizados. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que aún se lo considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada "¿Es usted un paciente hospitalizado o no hospitalizado? Si tiene Medicare, ¡pregunte!". Esta hoja de datos está disponible en el sitio web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-10/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar	pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare. $175 de copago por servicios quirúrgicos ambulatorios cubiertos por Medicare. **Fuera de la Red** 40% del costo total por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare. 40% del costo total por servicios quirúrgicos ambulatorios cubiertos por Medicare. **Se puede requerir autorización previa o una remisión.**

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Atención médica mental ambulatoria	
Los servicios incluidos comprenden los siguientes: Los servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico matriculados, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermera especializada, auxiliar médico u otro proveedor de atención médica mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes vigentes del estado.	**Dentro de la Red** $30 de copago por servicios individuales de salud mental cubiertos por Medicare. $30 de copago por servicios de salud mental grupales cubiertos por Medicare. $30 de copago por servicios de psiquiatría individuales cubiertos por Medicare. $30 de copago por servicios de psiquiatría grupales cubiertos por Medicare. **Fuera de la Red** 40% del costo total por servicios individuales de salud mental cubiertos por Medicare. 40% del costo total por servicios de salud mental grupales cubiertos por Medicare. 40% del costo total por servicios de psiquiatría individuales cubiertos por Medicare. 40% del costo total por servicios de psiquiatría

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Atención médica mental ambulatoria	
	grupales cubiertos por Medicare. **Se puede requerir autorización previa o una remisión.**
Servicios de rehabilitación ambulatorios	
Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio se proveen en diversos entornos ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes no hospitalizados, consultorios de terapeutas independientes y los centros de rehabilitación integral ambulatoria (CORF).	**Dentro de la Red** $35 de copago por servicios de terapia ocupacional cubiertos por Medicare. $40 de copago por servicios de terapia física y del habla cubiertos por Medicare. **Fuera de la Red** del costo total por servicios de terapia ocupacional cubiertos por Medicare. del costo total por servicios de terapia física y del habla cubiertos por Medicare. **Se puede requerir autorización previa o una remisión.**
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias	
La cobertura conforme a la Parte B de Medicare está disponible para los servicios de tratamientos que son proporcionados por el departamento ambulatorio del hospital a los pacientes que, por ejemplo, recibieron el alta de su hospitalización para el tratamiento del abuso de sustancias o que necesitan un tratamiento, pero no requieren la disponibilidad ni la intensidad de los servicios que solo se encuentran en un contexto de un entorno hospitalario.	**Dentro de la Red** $75 de copago por el tratamiento individual por abuso de sustancias cubierto por Medicare. $75 de copago por el tratamiento grupal por abuso de sustancias cubierto por Medicare.

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias	
	$55 de copago por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. **Fuera de la Red** 40% del costo total por el tratamiento individual por abuso de sustancias cubierto por Medicare. 40% del costo total por el tratamiento grupal por abuso de sustancias cubierto por Medicare. 40% del costo total por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. **Se puede requerir autorización previa o una remisión.**
Cirugías ambulatorias, incluidos servicios proporcionados en centros hospitalarios y centros quirúrgicos para pacientes externos	
Nota: En el caso de que se le realice una cirugía en un centro hospitalario, deberá verificar con su proveedor si se lo considerará un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor redacte una orden para admitir su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar las sumas de costo compartido por la cirugía ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un “paciente ambulatorio”.	**Dentro de la Red** $175 de copago por servicios quirúrgicos ambulatorios cubiertos por Medicare. $225 de copago por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare. $220 de copago por servicios de observación cubiertos por Medicare.

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Cirugías ambulatorias, incluidos servicios proporcionados en centros hospitalarios y centros quirúrgicos para pacientes externos	
	Fuera de la Red 40% del costo total por servicios quirúrgicos ambulatorios cubiertos por Medicare. 40% del costo total por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare. 40% del costo total por servicios de observación cubiertos por Medicare. **Se puede requerir autorización previa o una remisión.**
Artículos de venta libre	
Los artículos de venta libre (OTC, en inglés) son medicamentos y productos relacionados con la salud que no necesitan una receta médica. Existen cuatro maneras de acceder a su beneficio para que los artículos se puedan enviar de forma gratuita a su hogar: **1.** Llame a nuestro centro logístico para realizar un pedido. **2.** Realice pedidos en línea en www.myilotc.com. **3.** Envíe por correo un formulario de pedido, que viene junto con su pedido. **4.** Descargue la aplicación móvil gratuita “OTC-Anywhere” para usarla en dispositivos móviles. Los pedidos se pueden realizar una vez cada trimestre.	$0 de copago por artículos de venta libre (incluida la terapia de reemplazo de nicotina). $75 asignación cada tres meses para medicamentos específicos de venta libre y otros productos relacionados con la salud. Los montos de OTC no utilizados no se pueden renovar para el siguiente año calendario. El miembro selecciona los artículos del catálogo y los artículos se envían a los

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Artículos de venta libre	
	miembros. No se emite ninguna tarjeta y no se utiliza dinero en efectivo. Comuníquese con Blue Cross Blue Shield del proveedor Illinois, Convey Health Solutions, a 1-866-268-2674.
Servicios de hospitalización parcial	
"Hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo brindado como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro comunitario de salud mental, que es más intensivo que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización. Nota: Debido a que no hay centros comunitarios de salud mental en nuestra red, solo cubrimos la internación parcial como un servicio de hospital para pacientes no hospitalizados.	**Dentro de la Red** $55 de copago por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. **Fuera de la Red** 40% del costo total por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. **Se puede requerir autorización previa o una remisión.**
Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico	
Los servicios incluidos comprenden los siguientes: • Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios en un consultorio, un centro de cirugía ambulatoria certificado, un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otro lugar. • Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista. • Exámenes auditivos y de equilibrio básicos realizados por su especialista, si el médico	**Dentro de la Red** por los servicios brindados por médicos de atención primaria incluidos por Medicare Copago de$30 por los servicios de especialistas incluidos por Medicare. Copago de$0 por los servicios realizados con un

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico	
los indica para determinar si necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telesalud que incluyen el dolor de garganta, fiebre, tos, náuseas y otras enfermedades que no son de emergencia. ◦ Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una consulta en persona o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. ◦ Este servicio de telesalud se ofrece a través de MDLive. Los miembros deberán completar el registro y se les pedirá que completen un cuestionario médico en la primera visita al portal MDLive. Puede comunicarse con MDLive al 1-888-680-8646 o visitar el sitio web de MDLive en www.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. • Algunos servicios de telesalud, que incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento brindados por un médico o proveedor médico, están destinados para pacientes en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales sobre la insuficiencia renal en etapa terminal de miembros con diálisis domiciliaria en centros de diálisis renal de hospitales, hospitales de acceso crítico,	médico de atención primaria (PCP, en inglés) y un copago de$30 por los servicios realizados con un especialista para los servicios incluidos por Medicare proporcionados por otros profesionales de la salud, como enfermeros profesionales, asistentes médicos, etc. Copago de $0 del costo total por consultas de atención médica inmediata a través de MDLive **Fuera de la Red** Copago de$60 por los servicios brindados por médicos de atención primaria incluidos por Medicare por los servicios de especialistas incluidos por Medicare. Copago de$75 por los servicios realizados con un médico de atención primaria (PCP, en inglés) y un copago de$75 por los servicios realizados con un especialista para los servicios incluidos por Medicare proporcionados por otros profesionales de

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico	
centros de diálisis renal o en el domicilio del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. • Servicios de telemedicina para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: ◦ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud ◦ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ◦ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias • Servicios de telesalud para consultas de salud mental provistos por Clínicas Rurales y Centros de Salud acreditados por el gobierno federal. • Se podrán realizar chequeos médicos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con una duración de 5 a 10 minutos con su doctor, **si se cumplen las siguientes condiciones**: ◦ No es un paciente nuevo. ◦ El chequeo no está relacionado con una visita al consultorio que se haya realizado en los últimos siete días.	la salud, como enfermeros profesionales, asistentes médicos, etc. $0 de copago por consultas de atención médica inmediata a través de MDLive. **Puede que se requiera autorización previa.**

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico ◦ La revisión médica no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Se realizará una evaluación del video o las imágenes que envíe a su doctor, se llevará a cabo una interpretación de estas y se le realizará un seguimiento médico en un plazo de 24 horas **<u>en los siguientes casos</u>**: ◦ No es un paciente nuevo. ◦ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio que se haya realizado en los últimos siete días, **y** ◦ La evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible • Consultas que su médico realiza a otros médicos por teléfono, por internet o a los registros electrónicos de salud. • Una segunda opinión de otro profesional que forma parte de la red antes de una cirugía. • Cuidado dental no rutinario (los servicios cubiertos están limitados a cirugías mandibulares o estructuras relacionadas, reducción de fracturas mandibulares o de huesos faciales, extracción de piezas dentarias para preparar la mandíbula para tratamientos con radiación de enfermedades neoplásicas malignas o servicios que se cubrirían al ser provistos por un médico).	
Servicios de podología Los servicios incluidos comprenden los siguientes: • Diagnóstico y tratamiento clínico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolón en el talón).	**<u>Dentro de la Red</u>** $40 de copago por servicios cubiertos por Medicare.

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Servicios de podología	
• Cuidados del pie de rutina para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores.	**Fuera de la Red** 40% del costo total por servicios cubiertos por Medicare. **Se puede requerir autorización previa o una remisión.**
Exámenes de detección de cáncer de próstata	
Para hombres a partir de los 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen los siguientes exámenes – una vez cada 12 meses: • Tacto rectal. • Examen de antígeno prostático específico (PSA, en inglés)	**Dentro de la Red** No se aplica coseguro, copago ni deducible para un examen de antígeno prostático específico. 0$ de copago por un examen rectal digital anual cubierto por Medicare. **Fuera de la Red** $60 de copago por servicios cubiertos por Medicare. 40% del costo total por un examen rectal digital anual cubierto por Medicare.
Dispositivos ortopédicos y suministros relacionados	
Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan todas o una parte o función corporal. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con cuidados de colostomía, marcapasos, dispositivos ortopédicos, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluyen ciertos suministros relacionados con los	**Dentro de la Red** 20% del costo total por dispositivos ortopédicos cubiertos por Medicare. 20% del costo total por suministros médicos cubiertos por Medicare.

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Dispositivos ortopédicos y suministros relacionados	
dispositivos ortopédicos y la reparación o el reemplazo de dispositivos ortopédicos. También incluyen cierto grado de cobertura después de una extirpación de cataratas o cirugía de cataratas; consulte “Cuidado de la vista” más adelante en esta sección para obtener más información.	**Fuera de la Red** 20% del costo total por dispositivos ortopédicos cubiertos por Medicare. 20% del costo total por suministros médicos cubiertos por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**
Servicios de rehabilitación pulmonar	
Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, en inglés) moderada o muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar emitida por el médico a cargo del tratamiento de la enfermedad respiratoria crónica.	**Dentro de la Red** $20 de copago por servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. **Fuera de la Red** 40% del costo total por servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. **Se puede requerir autorización previa o una remisión.**
Programa de recompensas	
Programa de recompensas para actividades de salud Puede ganar recompensas por completar exámenes de detección seleccionados, por controlar enfermedades crónicas o consultar con su médico por un examen físico. Los miembros pueden recibir recompensas por completar las actividades de salud elegibles durante el año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre).	Gane hasta $100 por año por completar actividades saludables* como los ejemplos a continuación: • Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" o consultas

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Programa de recompensas Obtenga hasta $100 al año por completar actividades saludables, como los ejemplos a continuación: • Vacuna anual contra la gripe. • Examen de detección colorrectal. • Examen de la retina. • Mamografía. La suma de la recompensa es de hasta $100 al año y se activará con la presentación de una reclamación. La mayoría de las actividades de salud recompensan a los miembros con $25 en forma de tarjeta de regalo. La Consulta preventiva anual recompensará a los miembros con $50 una vez que la completen. Estas recompensas se pueden canjear por una variedad de tarjetas de regalo que se pueden utilizar en farmacias o minoristas nacionales seleccionados. Los miembros pueden optar por obtener una tarjeta de regalo para completar cada actividad de salud realizada individualmente o pueden optar por acumular los montos de las recompensas por numerosas actividades de salud finalizadas. Se recompensará con un máximo de un pago por cada actividad de salud específica por año hasta alcanzar el máximo de $100. Se pueden identificar y proporcionar actividades saludables adicionales a los miembros después del comienzo del año del plan mediante correo postal, correo electrónico o a través del portal para miembros. * Esta lista está sujeta a cambios. El Programa de recompensas ofrece las actividades de salud arriba mencionadas para todos los miembros, así como actividades de salud adicionales basadas en sus necesidades únicas. Para inscribirse y determinar la lista actual de actividades saludables, visite www.BlueRewardsIL.com.	preventivas anuales físicas o calificadas. • Vacuna anual contra la gripe. • Examen de detección colorrectal. • Examen de la retina. • Mamografía. Se pueden identificar y proporcionar actividades saludables adicionales a los miembros después del comienzo del año del plan mediante correo postal, correo electrónico o a través del portal para miembros. * Esta lista está sujeta a cambios. El Programa de recompensas ofrece las actividades de salud arriba mencionadas para todos los miembros, así como actividades de salud adicionales basadas en sus necesidades únicas. Para inscribirse y determinar la lista vigente de actividades saludables, visite www.BlueRewardsIL.com. Necesitará su tarjeta de miembro, fecha de nacimiento y dirección de

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Programa de recompensas	
Necesitará su tarjeta de miembro, fecha de nacimiento y dirección de correo electrónico para inscribirse en línea si aún no lo ha hecho. También puede llamar al número que aparece en el reverso de su tarjeta de miembro para obtener más información sobre el programa e inscribirse. El Departamento de Servicios para Miembros tomará su información para comenzar el proceso de configuración de su cuenta. ES NECESARIO REGISTRARSE	correo electrónico para inscribirse en línea si aún no lo ha hecho. También puede llamar al número que aparece en el reverso de su tarjeta de miembro para obtener más información sobre el programa e inscribirse. El Departamento de Servicios para Miembros tomará su información para comenzar el proceso de configuración de su cuenta. **ES NECESARIO REGISTRARSE**
Examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol	
Cubrimos exámenes de detección por consumo inadecuado de alcohol para adultos con Medicare (incluso embarazadas) que consumen alcohol en forma inadecuada, pero no son alcohólicos. Si se le diagnostica que usted abusa del alcohol en forma inadecuada, puede recibir hasta cuatro sesiones presenciales breves de asesoramiento por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un profesional de la salud primaria o proveedor médico calificados en un entorno de atención médica primaria.	**Dentro de la Red** No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare. **Fuera de la Red** $60 de copago por servicios cubiertos por Medicare.

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Examen preventivo de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT)	
Para las personas calificadas, una LDCT está cubierta cada 12 meses. **Los miembros elegibles son:** personas de 50 a 77 años de edad que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes-año y que actualmente fuman y han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden escrita para LDCT durante un asesoramiento de examen de detección de cáncer de pulmón y una consulta de toma de decisión compartida que cumple con los criterios de Medicare para dichas consultas y proporcionada por un médico o profesional no médico calificado. *Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT después del examen preventivo con LDCT inicial:* los miembros deben recibir una orden escrita para un examen de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede ser proporcionada durante cualquier consulta a un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado opta por proporcionar un asesoramiento de examen de detección de cáncer de pulmón y consulta de toma de decisión compartida para exámenes preventivos posteriores de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir los criterios de Medicare para dichas consultas.	**Dentro de la Red** No hay coseguro, copago ni deducible para el asesoramiento y la consulta de toma de decisión compartida cubiertos por Medicare o para la LDCT. **Fuera de la Red** $60 de copago por servicios cubiertos por Medicare.

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Examen de detección para infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas	
Cubrimos pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para mujeres embarazadas y ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una STI cuando las pruebas son ordenadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones presenciales individuales por año, de asesoramiento conductual intensivo, de 20 a 30 minutos de duración, para adultos sexualmente activos con alto riesgo de STI. Solamente cubrimos estas sesiones de asesoramiento como servicio médico preventivo si son provistas por un profesional de la salud primaria y se realizan en un entorno de atención médica primaria, como por ejemplo, el consultorio de un médico.	**Dentro de la Red** No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para beneficio preventivo de infecciones de transmisión sexual cubiertos por Medicare. **Fuera de la Red** $60 de copago por servicios cubiertos por Medicare.
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales	
Los servicios incluidos comprenden los siguientes: • Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a que los miembros tomen decisiones informadas acerca de su atención. Para asegurados con enfermedad renal crónica en etapa IV, siempre que cuenten con una remisión por parte de su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales de por vida	**Dentro de la Red** $0 de copago por educación cubierta por Medicare sobre enfermedades renales. 20% del costo total por servicios de diálisis cubiertos por Medicare. **Fuera de la Red** 40% del costo total por la educación sobre enfermedades renales cubiertas por Medicare.

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales	
• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o usted no puede acceder a él temporalmente) • Tratamientos de diálisis en pacientes hospitalizados (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 su domicilio) • Equipos y suministros para diálisis en el domicilio. • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (tales como, cuando sea necesario, visitas de técnicos en diálisis capacitados 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) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos conforme a sus beneficios de medicamentos de Medicare Parte B. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos con receta de Medicare Parte B”.	40% del costo total por servicios de diálisis cubiertos por Medicare. **Se puede requerir autorización previa o una remisión.**
Atención en centros de servicios de enfermería (SNF)	
(La definición de “atención en centros de servicios de enfermería” se incluye en el Capítulo 12 de este documento. Los centros de servicios de enfermería a veces se denominan “SNF”).	**Dentro de la Red** No se requiere una hospitalización antes de la admisión.

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Atención en centros de servicios de enfermería (SNF)	
El plan cubre 100 días por período de beneficios. Los servicios incluidos comprenden, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Los medicamentos que se deben administrar como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación) • Sangre (incluidas la conservación y administración) La cobertura de sangre completa y concentrada de glóbulos rojos (así como otros componentes de la sangre) comienza a partir de la primera pinta de sangre que necesite • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF. • Pruebas de laboratorio normalmente provistas por los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente provistos por los SNF. • Servicios de médicos/proveedores médicos. En general, recibirá atención de SNF en los centros que forman parte de la red. Sin embargo, en ciertas condiciones como las que se enumeran a continuación, usted podrá pagar los costos compartidos dentro de la red si elige un centro que no es proveedor del plan, solo si el centro acepta las sumas de pago establecidos de nuestro plan.	$0 de copago por día para los días 1-20. $196 de copago por día para los días 21-39. de copago por día para los días de servicios incluidos de Medicare. **Fuera de la Red** No se requiere una hospitalización antes de la admisión. del costo total por estadía por los servicios cubiertos por Medicare. **Se puede requerir autorización previa o una remisión.**

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Atención en centros de servicios de enfermería (SNF) • Una casa de reposo o una comunidad de jubilación de cuidado continuo donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que se provea la atención de un centro de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital.	
Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco)	
Si consume tabaco, pero no presenta signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.	**Dentro de la Red** No se aplica coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.
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: Cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.	**Fuera de la Red** $60 de copago por servicios cubiertos por Medicare.
Terapia de Ejercicio Supervisada (SET)	
La SET está cubierta para los miembros que tienen la enfermedad arterial periférica sintomática (PAD, en	**Dentro de la Red** $20 de copago por una terapia de ejercicios

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Terapia de Ejercicio Supervisada (SET)	
inglés) y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen con los requisitos para el programa SET. El programa SET debe: • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes no hospitalizados o en el consultorio de un médico. • Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para asegurar que los beneficios excedan los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicio para PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico, o una enfermera clínica/enfermera practicante que deben estar entrenados en técnicas de auxilio vital básicas y avanzadas. SET puede tener cobertura de hasta más de 36 sesiones en un período de más de 12 semanas para un adicional de 36 sesiones en un período extendido de tiempo si el proveedor de atención de la salud lo considera médicamente necesario.	supervisados cubierta por Medicare. **Fuera de la Red** 40% del costo total por una terapia de ejercicios supervisados cubierta por Medicare. **Se puede requerir autorización previa o una remisión.**
Servicios de transportación	
Cubrimos los servicios de transporte en ubicaciones aprobadas por el plan. Consulte con el plan para obtener más detalles sobre cómo acceder a este beneficio.	$0 de copago por hasta 12 viajes de ida cada año hacia ubicaciones aprobadas por el plan. **Puede que se requiera autorización previa.**

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Servicios requeridos urgentemente	
Los servicios urgentemente necesarios se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevistas que no son de emergencia y requieren atención médica inmediata, pero, dadas sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red. Ejemplos de servicios urgentemente necesarios que el plan debe cubrir fuera de la red son i; usted necesita atención inmediata durante el fin de semana, o ii; está temporalmente fuera del área de servicios de un plan. Los servicios deben ser médicamente necesarios y de inmediato. Si no es razonable dadas sus circunstancias obtener inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios urgentemente necesarios de un proveedor fuera de la red. **Los servicios de atención médica inmediata o de emergencia en el extranjero están cubiertos.**	$30 de copago por servicios cubiertos por Medicare. **Cobertura en el extranjero** $90 de copago por servicios de emergencia o urgentes.
Cuidado de la vista	
Los servicios incluidos comprenden los siguientes: • Servicios de médico ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista rutinarios (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, el plan cubre un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen lo siguiente: pacientes con antecedentes familiares de glaucoma,	***Servicios cubiertos por Medicare:*** **Dentro de la Red** $0 de copago por examen de la vista cubierto por Medicare; $0 de copago por un examen de la vista realizado por un especialista $0 de copago por un examen anual de detección del glaucoma. $0 de copago por 1 par de anteojos (lentes y

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Cuidado de la vista	
diabéticos, pacientes afroamericanos de 50 años o más y estadounidenses hispánicos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la colocación de lentes intraoculares. (Si se le deben practicar dos cirugías de cataratas por separado, no puede conservar el beneficio después de la primera cirugía ni comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).	armazones) o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas. **Fuera de la Red** del costo total por un examen de la vista cubierto por Medicare. del costo total por un examen anual de detección del glaucoma. del costo total por un par de anteojos cubiertos por Medicare (lentes y armazones) o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas. ***Servicios complementarios para la vista:*** **Dentro de la Red** Examen de la vista de rutina: $0 de copago por 1 examen de la vista de rutina por año. *Para miembros con diabetes tipo 1 o 2, una visita al consultorio y pruebas de diagnóstico (independientes del examen de la vista de rutina) están disponibles una vez cada 6 meses. Las pruebas de diagnóstico pueden incluir gonioscopia, oftalmoscopia prolongada, fotografía del*

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Cuidado de la vista	
	fondo de ojo y láser para exploración. **Dentro de la Red** Anteojos habituales: $0 de copago por lentes de contacto, marcos para anteojos y lentes para anteojos. Asignación de $200 para anteojos de rutina al año (incluidos los armazones de anteojos, lentes y lentes de contacto). La cobertura incluye: • un par de lentes de anteojos cada año (únicamente lentes estándar. No se incluyen los lentes progresivos). • 1 par de armazones de anteojos cada año • sin límite en la cantidad de lentes de contacto

FINAL

Servicios incluidos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
Cuidado de la vista	**Se puede requerir autorización previa o una remisión.**
Consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare"	
El plan cubre una consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" por única vez. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios médicos preventivos que necesita (incluidos ciertos exámenes de detección y vacunas), y remisiones para otro tipo de atención, si es necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" únicamente durante los primeros 12 meses en los que tiene la Parte B de Medicare. Cuando agende su cita, informe al consultorio del médico que desea programar su consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare".	**Dentro de la Red** No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare". **Fuera de la Red** $60 de copago por servicios cubiertos por Medicare.
Cobertura internacional de emergencia o urgente	
La cobertura internacional está disponible solo para servicios de emergencia y urgentes. Para obtener información sobre servicios internacionales urgentes o de emergencia, visite el sitio web www.bcbsglobalcore.com o llame al número gratuito 1-800-810-Blue (2583) o realice una llamada por cobro revertido al 1-804-673-1177. Además de comunicarse con Blue Cross Blue Shield Global Core, llame a su compañía de BCBS para obtener certificación o autorización previa. También puede consultar con el plan para obtener más detalles sobre cómo acceder a este beneficio.	$90 de copago La cobertura internacional es solo para atención de emergencia y urgente.

FINAL

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE COBERTURA DENTAL INTEGRAL:

A continuación, se presenta un listado de servicios comunes disponibles a través de su red de dentistas participantes. La participación del miembro en el costo se determina mediante la recepción de la atención de un dentista participante o que no forma parte de la red. Los siguientes servicios representan los gastos compartidos para los dentistas que forman y no forman parte de la red:

- Período de beneficios máximo: $1,000
- Servicios de restauración básicos: 0%
- Extracciones no quirúrgicas: 50%
- Servicios periodontales no quirúrgicos: 0%
- Servicios complementarios: 50%
- Servicios de cirugía oral: Sin cobertura
- Servicios de endodoncia: Sin cobertura
- Servicios quirúrgicos de periodoncia: Sin cobertura
- Servicios de restauración de importancia: Sin cobertura
- Servicios de prostodoncia: Sin cobertura
- Servicios varios de restauración y prostodoncia: Sin cobertura
- Servicios de implante: Sin cobertura
- Ortodoncia: Sin cobertura

Para los servicios de dentista que no forman parte de la red, el cargo permitido es el cargo habitual del proveedor de atención primaria, que no debe exceder la suma que el plan reembolsaría a un dentista participante por los mismos servicios. El miembro será responsable del monto total por el que los cargos reales de un dentista que no forma parte de la red superan el cargo permitido.

Los servicios participantes y que no forman parte de la red se acumulan juntos.

Los beneficios de esta sección están sujetos a los términos y condiciones de este plan dental. Los beneficios están disponibles solo para los servicios y suministros que determina el profesional de la salud, con la consulta con nosotros, para ser médicamente necesarios, a menos que se especifique lo contrario. Dichos servicios y suministros para los que se dispone de beneficios incluyen, entre otros, los servicios cubiertos que se mencionen en esta sección a continuación. Todos los servicios incluidos están sujetos a la sección *Limitaciones y exclusiones* de este certificado de beneficios, que incluye los servicios, suministros, situaciones o gastos relacionados que no están cubiertos.

FINAL

Es importante que consulte su *Programa de Beneficios* para averiguar cuál es su deducible, porcentaje de coseguro, cualquier gasto máximo de bolsillo aplicable y el período de beneficio máximo será para un servicio incluido. Si no tiene un *Programa de Beneficios*, llame a Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en su tarjeta de miembro.

Sus beneficios dentales incluyen la cobertura de los siguientes servicios incluidos, siempre y cuando un dentista o médico le presten estos servicios. Cuando se usa el término dentista en este certificado de beneficios, se refiere al dentista o al médico.

EVALUACIONES DE DIAGNÓSTICO

Las evaluaciones de diagnóstico ayudan al dentista a determinar la naturaleza o la causa de una enfermedad.
Entre los servicios cubiertos, se incluyen los siguientes:

- evaluaciones bucales periódicas para pacientes registrados
- evaluaciones bucales enfocadas en el problema, ya sean limitadas, detalladas o exclusivas
- evaluaciones bucales integrales para pacientes nuevos o registrados
- evaluaciones periodontales integrales para pacientes nuevos o registrados

Disposiciones especiales

- La combinación de evaluaciones periódicas e integrales se limita a 2 cada 12 meses.

Exclusiones

Este plan dental no cubre lo siguiente:

- Evaluaciones periodontales periódicas e integrales o evaluaciones centradas en los problemas, si se proporcionan en la misma fecha que cualquier otra evaluación bucal por parte del mismo dentista.
- Pruebas y procedimientos patológicos bucales o para revaloración

Servicios médicos preventivos

Se brindan servicios de prevención para evitar enfermedades dentales. Los servicios incluidos comprenden los siguientes:

- Profilaxis: limpieza profesional, escalamiento y pulido de dientes (limitada a dos limpiezas, que incluyen escalamiento y pulido, cada 12 meses. No se proporcionarán beneficios adicionales para obtener profilaxis en función de un mayor grado de dificultad).

Estipulaciones especiales

- La combinación de profilaxis y tratamientos de mantenimiento periodontal (consulte “Servicios periodontales no quirúrgicos”) se limita a 2 cada 12 meses

RADIOGRAFÍAS DE DIAGNÓSTICO

Las radiografías dentales, incluida la interpretación, son radiografías que se toman para diagnosticar enfermedades dentales.
Entre los servicios cubiertos, se incluyen los siguientes:

- Radiografías con aleta de mordida (se limitan a 4 radiografías horizontales u 8 radiografías verticales una vez cada 12 meses).

Exclusiones

Este plan dental no cubre lo siguiente:

- Las radiografías panorámicas de mordida tomadas en la misma fecha que la radiografía de boca completa.
- Cualquier radiografía relacionada con la disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ, en inglés). NOTA: Estos servicios pueden estar cubiertos conforme al plan como un beneficio médico/quirúrgico. Consulte la sección del certificado de beneficios que describe los servicios quirúrgicos/médicos cubiertos.
- Asesoramiento nutritivo, por consumo de tabaco y de higiene bucal.

SERVICIOS DE RESTAURACIÓN BÁSICOS

Los servicios de restauración básicos son restauraciones necesarias para reparar caries dentales, incluida la preparación dental, todos los adhesivos, bases, revestimientos y pulido. Los servicios incluidos comprenden los siguientes:

- Restauraciones de amalgama (se limitan a uno por superficie dental cada 12 meses).
- Restauraciones de compuesto de resina (se limitan a 1 por superficie dental cada 12 meses).

Exclusiones

Este plan no cubre el siguiente servicio:

- Las restauraciones realizadas en un plazo de 12 meses desde la colocación inicial por parte del mismo dentista.

EXTRACCIONES NO QUIRÚRGICAS

Extracción no quirúrgica de dientes y estructuras dentales. Los servicios incluidos comprenden los siguientes:

- Extracción de restos de coronas retenidos (dentición de leche).
- Extracción de diente o con raíz expuesta.

SERVICIOS PERIODONTALES NO QUIRÚRGICOS

Los servicios periodontales no quirúrgicos tratan enfermedades dentales en los tejidos circundantes y de apoyo de los dientes (encías). Los servicios incluidos comprenden los siguientes:

- Raspados/alisados radiculares periodontales (se limitan a uno por cuadrante cada 24 meses).
- Desbridamiento de boca completa para permitir una evaluación y un diagnóstico periodontal completos (se limitan a 1 vez cada 12 meses).
- procedimiento periodontal de mantenimiento (tiene que seguir el tratamiento periodontal activo y se limita a 2 cada 12 meses en combinación con las profilaxis bucales de rutina).

Exclusiones

Este plan dental no cubre lo siguiente:

- Tratamientos químicos o administración localizada de agentes quimioterapéuticos sin antecedentes de terapia periodontal activo, o cuando se realizan en la misma fecha (o en estrecha proximidad) como terapia periodontal activa.

SERVICIOS GENERALES COMPLEMENTARIOS

Los servicios incluidos comprenden los siguientes:

- Tratamiento paliativo de emergencia de dolor dental (también llamado tratamiento “paliativo”), pero solo cuando no se realiza junto con un tratamiento definitivo.
- Sedación profunda/anestesia general y sedación consciente intravenosa/no intravenosa: por informe solamente y cuando sea de necesidad médica o para miembros discapacitados documentados o para afecciones médicas o dentales justificables (la aprensión de una persona no constituye necesidad). NOTA: Si no están cubiertos por este plan dental, los servicios de anestesia pueden estar cubiertos por el plan como un beneficio médico/quirúrgico. Consulte la sección del certificado de beneficios que describe los servicios quirúrgicos/médicos cubiertos.

Exclusiones

Este plan dental no cubre lo siguiente:

- anestesia local que no se considera incluida con el procedimiento dental.
- Óxido nitroso y medicamentos terapéuticos o su aplicación para miembros de 19 años de edad o más

Sección 2.2 Beneficios “suplementarios opcionales” extra que puede comprar

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no están cubiertos por Original Medicare y no están incluidos en su paquete de beneficios. Estos beneficios adicionales se llaman **"Beneficios Suplementarios Opcionales"**, y si desea contar con ellos, debe inscribirse para obtenerlos y es posible que deba pagar una prima adicional.

FINAL

Los beneficios suplementarios opcionales descritos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelaciones que cualquier otro beneficio.

BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS OPCIONALES para Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS)

Monto de la prima mensual adicional: $36.60

Deducible: $0

Durante el Período de Inscripción Anual (AEP, en inglés), debe marcar la casilla en el formulario de inscripción para Beneficios Suplementarios Opcionales (OSB, en inglés) (se encuentra en la opción del plan, si está disponible). La fecha de entrada en vigor de este beneficio será el 01/01/2023 una vez que CMS confirme su elegibilidad. Si decide interrumpir la cobertura, comuníquese con el Servicio al Cliente y solicite la cancelación de la inscripción para los OSB únicamente. Esta solicitud entrará en vigor el primer día del mes siguiente. No se necesitará un reembolso porque no se puede realizar una solicitud retroactiva. Una vez que se cancele la inscripción, no podrá volver a inscribirse en OSB hasta el próximo período de Inscripción Anual (AEP, en inglés).

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE COBERTURA DENTAL INTEGRAL:

A continuación, se presenta un listado de servicios comunes disponibles a través de su red de dentistas participantes. La participación del miembro en el costo se determina mediante la recepción de la atención de un dentista participante o que no forma parte de la red. Los siguientes servicios representan los gastos compartidos para los dentistas que forman y no forman parte de la red:

- Período de beneficios máximo: $1000
- Servicios de restauración básicos: Sin cobertura
- Extracciones no quirúrgicas: Sin cobertura
- Servicios periodontales no quirúrgicos: Sin cobertura
- Servicios complementarios: Sin cobertura
- Servicios radiculares: 20%
- Servicios de cirugía bucal: 20%
- Servicios periodontales quirúrgicos: 20%
- Servicios de restauración principales: 20%
- Servicios de prostodoncia: 20%
- Servicios varios de prostodoncia y de restauración: 20%
- Servicios de implante: Sin cobertura
- Ortodoncia: Sin cobertura

Para los servicios de dentista que no forman parte de la red, el cargo permitido es el cargo habitual del proveedor de atención primaria, que no debe exceder la suma que el plan reembolsaría a un dentista participante por los mismos servicios. El miembro

será responsable del monto total por el que los cargos reales de un dentista que no forma parte de la red superan el cargo permitido.

Los servicios participantes y que no forman parte de la red se acumulan juntos.

Los beneficios de esta sección están sujetos a los términos y condiciones de este plan dental. Los beneficios están disponibles solo para los servicios y suministros que determina el profesional de la salud, con la consulta con nosotros, para ser médicamente necesarios, a menos que se especifique lo contrario. Dichos servicios y suministros para los que se dispone de beneficios incluyen, entre otros, los servicios cubiertos que se mencionen en esta sección a continuación. Todos los servicios incluidos están sujetos a la sección *Limitaciones y exclusiones* de este certificado de beneficios, que incluye los servicios, suministros, situaciones o gastos relacionados que no están cubiertos.

Es importante que consulte su *Programa de Beneficios* para averiguar cuál es su deducible, porcentaje de coseguro, cualquier gasto máximo de bolsillo aplicable y el período de beneficio máximo será para un servicio incluido. Si no tiene un *Programa de Beneficios*, llame a Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en su tarjeta de miembro.

Sus beneficios dentales incluyen la cobertura de los siguientes servicios incluidos, siempre y cuando un dentista o médico le presten estos servicios. Cuando se usa el término dentista en este certificado de beneficios, se refiere al dentista o al médico.

SERVICIOS RADICULARES

Los servicios radiculares tratan las enfermedades dentales de la pulpa dental. Los servicios incluidos comprenden los siguientes:

- La pulpotomía terapéutica y el desbridamiento pulpar, cuando se realiza como un procedimiento radicular final.
- Terapia de endodoncia, incluido el plan de tratamiento, procedimientos clínicos, radiografías postoperatorias y de trabajo y atención de seguimiento.
- Apexificación/recalcificación y servicios de apicoectomía/perirradiculares incluida cirugía, empaste retrógrado, amputación de raíz y hemisección.
- el desbridamiento pulpar se considera parte de la terapia radicular si lo realiza el mismo dentista y no se asocia a una consulta de emergencia definitiva.

Exclusiones

Este plan dental no cubre lo siguiente:

- Retratamientos radiculares que se proporcionen dentro de los 12 meses a partir del tratamiento inicial de endodoncia realizado por el mismo dentista.
- La terapia radicular no es un servicio incluido si se interrumpe el tratamiento.
- Pruebas para detectar la vitalidad de la pulpa, implantes endo-óseos de tratamientos radiculares, reimplantes intencionales, preparación del canal, colocación de postes y pernos preformados, o extracción de poste.

SERVICIOS DE CIRUGÍA BUCAL

Los servicios de cirugía bucal se refieren a los procedimientos para la cirugía para remover dientes y estructuras dentales y otras cirugías dentales bajo los anestésicos locales. Los servicios incluidos comprenden los siguientes:

- Extracciones quirúrgicas de dientes.
- Alveoloplastía y vestibuloplastía.
- Escisión de tumor/quistes odontogénicos benignos.
- Escisión de tejido óseo.
- Incisión y drenaje de absceso intrabucal.
- Otros procedimientos quirúrgicos y de reparación necesarios médicamente no aparecen como exclusión en este plan.
- La incisión y drenaje de tejido blando intrabucal solo están cubiertos si se proveen como tratamiento definitivo de un absceso. La atención posoperatoria de rutina se considera parte del procedimiento.

Exclusiones

Este plan dental no cubre lo siguiente:

- Servicios quirúrgicos asociados a una malformación congénita*.
- Extracción profiláctica de terceros molares o de dientes retenidos (asintomática, no patológica) o para impactaciones óseas completas que estén cubiertas por otra cobertura.
- Escisión de tumores o quistes de mandíbulas, mejillas, labios, lengua, paladar o parte sublingual de la boca*.
- Escisión de exostosis de mandíbulas y paladar duro (siempre que este procedimiento no se realice a modo de preparación de dentaduras postizas y otras prótesis); tratamiento de fracturas de huesos faciales; incisión y drenaje de celulitis externo; incisión de senos, conductos o glándulas salivales accesorias, reducción de dislocaciones o escisión de articulaciones temporomandibulares*.

***NOTA:** Aunque este plan dental no cubre los servicios anteriores, estos servicios pueden estar cubiertos conforme al Plan como beneficios quirúrgicos/médicos. Consulte la sección del certificado de beneficios que describe los servicios quirúrgicos/médicos cubiertos.

SERVICIOS PERIODONTALES QUIRÚRGICOS

El servicio periodontal quirúrgico es el tratamiento quirúrgico de una enfermedad dental en los tejidos de apoyo y circundantes de los dientes (encías) y huesos de apoyo. Los servicios incluidos comprenden los siguientes:

- Procedimientos de gingivectomía o gingivoplastía y colgajo gingival, incluido el perfilado de raíces (limitado a uno por cuadrante cada 24 meses).
- Extensión clínica de la corona.

- Cirugía ósea, incluido el ingreso del colgajo con cierre (se limita a uno por cuadrante cada 24 meses. La cirugía ósea que se realice en un área limitada y en conjunto con el alargamiento de corona el mismo día del servicio, por el mismo Dentista y en la misma parte de la boca, se procesará como alargamiento de corona en ausencia de enfermedad periodontal).
- Injertos óseos (se limitan a uno por zona cada 24 meses).
- Injertos de tejido blando/aloinjerto (incluida la zona del donante) (limitados a uno por zona cada 24 meses).
- Procedimiento de la cuña distal o proximal.
- Exposiciones de la corona anatómica (se limitan a una por cuadrante cada 24 meses).
- los servicios periodontales quirúrgicos realizados junto con la colocación de coronas, incrustaciones y sobreincrustaciones, acumulaciones de corona, postes y pernos, o restauraciones básicas, se consideran parte de la restauración, y no se proporcionan beneficios adicionales para dichos servicios periodontales

Exclusiones

Este plan dental no cubre lo siguiente:

- regeneración tisular guiada o materiales biológicos para ayudar a la regeneración tisular

SERVICIOS DE RESTAURACIÓN PRINCIPALES

Los servicios de restauración restituyen las estructuras dentales perdidas como resultado de las caries dentales o fracturas de dientes que no pueden restaurarse con amalgama o material de relleno de tipo compuesto. Los servicios incluidos comprenden los siguientes:

- restauraciones de una sola corona
- restauraciones con lámina de oro y en incrustaciones/sobreincrustaciones
- restauraciones de revestimiento labial

Las restauraciones principales, incluidos los remplazos de coronas perdidas o dañadas se limitan a una por diente cada 60 meses, ya sea si el remplazo se suministró conforme a este plan dental o por una cobertura dental anterior, incluso si la corona original era de acero inoxidable. Las coronas colocadas sobre implantes tendrán cobertura.

Exclusiones

Este plan dental no cubre lo siguiente:

- restauración de la oclusión o las incisiones debido al bruxismo (molienda o pulido de los dientes) o a los hábitos dañinos

SERVICIOS DE PROSTODONCIA

La prostodoncia implica procedimientos necesarios para proveer remplazos artificiales para dientes naturales perdidos.

Los servicios incluidos comprenden los siguientes:

- Dentaduras postizas completas y parciales removibles (se proporcionarán beneficios para la instalación inicial de dentaduras postizas completas, inmediatas o parciales removibles, incluidos los ajustes, reajustes o rebasados durante un período de seis meses después de la instalación. Los beneficios por remplazos se limitan a una vez cada 60 meses, ya sea si el remplazo se suministró conforme a este plan dental o de otra cobertura dental anterior)
- Procedimientos de reajuste/rebasado de dentadura postiza (se limitarán a un procedimiento cada 36 meses).
- puente fijo (se proporcionarán beneficios para la instalación de un puente fijo, incluidas coronas e incrustación/sobreincrustación como retenedores Los beneficios están limitados a una vez cada 60 meses).
- Las prótesis colocadas sobre implantes tendrán cobertura.
- El acondicionamiento de tejidos se considera parte del procedimiento cuando se realiza en el mismo día que se entrega la dentadura postiza o se realiza un reajuste/rebasado.

Exclusiones

Este plan dental no cubre lo siguiente:

- Reemplazo de dentadura completa o parcial debido al robo, extravío o pérdida.
- Tratamiento para reemplazar los dientes que faltaban antes de la fecha de entrada en vigor de cobertura, excepto para los que faltaban los dientes debido a defectos congénitos.
- Soporte dental, incluidos los dobles retenedores para dentaduras parciales removibles y puentes fijos.

SERVICIOS VARIOS DE RESTAURACIÓN Y PROSTODONCIA

Otros servicios de restauración y prostodoncia que están cubiertos son los siguientes:

- Coronas prefabricadas: acero inoxidable y resina (con un límite de 1 por diente cada 60 meses. Estas coronas no son para usar en forma provisional),
- Recementación de incrustaciones o sobreincrustaciones, coronas, puentes y pernos y postes (limitado a dos cementaciones cada 12 meses. La recementación proporcionada dentro de los seis meses de la colocación inicial realizada por el mismo dentista se considera parte del procedimiento, y no se proporcionarán beneficios adicionales por dichos cargos).
- Servicios de reparación de perno y poste, retención de pernos y corona y puente.
- Recubrimiento de la pulpa, directo o indirecto.
- ajustes (se pueden realizar hasta tres veces por aparato cada 12 meses).

- Reparaciones de incrustaciones, sobreincrustaciones, revestimientos, coronas, dentaduras postizas fijas o removibles, incluido el reemplazo o implante de un diente o gancho faltante o roto, a menos que los implantes se completen en la misma fecha que las dentaduras parciales o completas de reemplazo (los beneficios se limitan a una cobertura máxima de por vida de una vez por diente o gancho).

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO:

No se proporcionarán beneficios conforme a este plan dental respecto de lo siguiente:

1. Servicios o suministros no indicados específicamente como servicio cubierto, o cuando se relacionen con un servicio no cubierto.
2. Servicios y suministros para cualquier enfermedad o lesión que ocurra en o después de su fecha de cobertura como resultado de una guerra o un acto de guerra, declarado o no declarado, al servir en el ejército o cualquier unidad auxiliar de este.
3. Servicios o suministros que no cumplan con los estándares aceptados de la práctica dental.
4. Servicios y suministros de investigación, basados en la experiencia o no probados y todos los servicios y suministros relacionados.
5. Cargos auxiliares y de hospital.
6. Los implantes y cualquier otro servicio y suministro relacionado (que no sean coronas, puentes y dentaduras postizas con el apoyo de implantes) asociados con la colocación y el cuidado de los implantes, a menos que su programa de beneficios demuestre que el plan dental que ha elegido proporciona cobertura para los servicios de implantes.
7. Los servicios o suministros por los que no está obligado a pagar o que no tendría una obligación legal de pagar si no tuviera esta u otra cobertura similar.
8. Servicios o suministros para los cuales se ofrecen “descuentos” o exención de deducible o coseguro.
9. Los servicios prestados por un dentista que esté relacionado con usted por consanguinidad o matrimonio.
10. Servicios o suministros recibidos por una persona que no sea un Dentista, excepto para aquellos servicios recibidos por un Higienista dental con licencia bajo la supervisión y guía de un Dentista, cuando sea pertinente.
11. Servicios o suministros recibidos para fines de consulta o manejo de la salud mental.
12. Los servicios o suministros en la medida en que el pago se haya realizado conforme a Medicare, o si hubiera solicitado Medicare y solicitado los beneficios de Medicare, o en la medida en que las unidades gubernamentales

FINAL

ofrezcan beneficios (algunas leyes estatales o federales pueden afectar la forma en que se aplica esta exclusión).

13. Cargos por consejería nutricional, para dejar de consumir tabaco o higiene bucal.
14. Cargos por impuestos locales, estatales o territoriales por servicios o procedimientos dentales.
15. Cargos por la administración de procedimientos de control de infecciones, según lo requerido las autoridades locales, estatales o federales.
16. Cargos por dispositivos de prótesis duplicados, temporales o provisionales u otros aparatos duplicados, temporales o provisionales.
17. Cargos por consultas telefónicas, por citas a las que no asistió, por completar un formulario de reclamación o por el envío de expedientes o radiografías solicitadas.
18. Cargos por enjuagues bucales, colutorios, soluciones tópicas, preparaciones con o sin receta médica.
19. Cargos por dentaduras y sobredentaduras postizas personalizadas completas o parciales, servicios y suministros relacionados u otras técnicas especializadas.
20. Cargos por protectores bucales, aislamiento del diente con dique de goma, coronas de metal, movilización de diente brotado/mal posicionado, accesorios de precisión para dentaduras parciales o completas y guarda oclusal.
21. Cargos por dentadura parcial o completa o puente fijo que incluyen el reemplazo de un diente que faltaba antes de la fecha de entrada en vigor de la fecha de la cobertura conforme a este plan dental; excepto que esta exclusión no se aplicará si dicha dentadura parcial o completa o puente fijo también incluye el reemplazo de un diente faltante que se extrajo después de la fecha de entrada en vigor de la cobertura.
22. Servicios, tratamientos o suministros incluidos en otra cobertura hospitalaria, médica y/o quirúrgica.
23. Los servicios dentales para el tratamiento de malformaciones congénitas o del desarrollo, o servicios prestados con fines cosméticos, incluidos, entre otros, el blanqueamiento dental e injertos para mejorar la estética.
24. Servicios dentales que se realizan con fines cosméticos, incluidos, entre otros, el tratamiento de malformación congénita o del desarrollo.
25. Presentaciones de casos o planificación de tratamientos detallados y exhaustivos cuando se facturan por separado.
26. Cargos por análisis de oclusión o ajuste oclusal.
27. Condiciones relacionadas con el trabajo: servicios o suministros para enfermedades o lesiones que surjan por un empleo, o durante el transcurso del mismo, para el cual los beneficios estén disponibles en cumplimiento de cualquier ley de compensación de los trabajadores u otras leyes similares si

FINAL

presenta o no una reclamación para tal compensación o recibe dichos beneficios

28. Servicios o aparatos dentales para el diagnóstico y/o el tratamiento de trastornos de la articulación temporomandibular (TMJ) o para aumentar la dimensión vertical (NOTA: Los servicios relacionados con los trastornos de la TMJ pueden estar cubiertos por el Plan como un beneficio médico/quirúrgico de servicio. Consulte la sección del certificado de beneficios que describe los servicios quirúrgicos/médicos cubiertos).
29. Los servicios dentales requeridos debido a una lesión accidental causada por una fuerza externa, lo que significa que cualquier fortaleza externa produce daños en la dentadura o las estructuras bucales (NOTA: Los servicios de accidentes dentales pueden estar cubiertos en el plan como un beneficio quirúrgico/médico. Consulte la sección del certificado de beneficios que describe los servicios quirúrgicos/médicos cubiertos).

Sección 2.3 Cómo obtener atención mediante el beneficio opcional de visitante/viajero

Cuando esté continuamente ausente del área de servicio de Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) durante más de seis (6) meses, por lo general, debemos cancelar su inscripción en nuestro plan. Sin embargo, ofrecemos un programa para visitantes/viajeros que le permitirá permanecer inscrito cuando se encuentre fuera de nuestra área de servicio por hasta 6 meses. De acuerdo con nuestro programa de visitante/viajero, puede recibir todos los servicios incluidos conforme al plan Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) con los gastos compartidos dentro de la red. Comuníquese con el plan para obtener ayuda para encontrar un proveedor cuando utilice el beneficio de visitante/viajero.

Si está en el área de visitante/viajero en el área, puede permanecer inscrito en nuestro plan hasta 6 meses. Si no ha vuelto al área de servicio del plan antes de los 6 meses, se cancelará su inscripción del plan.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

En esta sección, se describen los beneficios “excluidos” de la cobertura de Medicare y que, por lo tanto, este plan no cubre.

En el siguiente gráfico, se describen los servicios y suministros que no están cubiertos bajo ningún concepto y que están cubiertos solamente en ciertas situaciones.

Si obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo, excepto en las condiciones específicas que se indican a continuación. Incluso cuando

reciba los servicios excluidos en un centro de atención de emergencia, estos estarán sin cobertura y nuestro plan no pagará por ellos. La única excepción es si el servicio es apelado y se decide tras la apelación que se trata de un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto por su situación en particular. (Para obtener más información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo

9, Sección 5.3 en este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Acupuntura		Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cirugías o procedimientos cosméticos		Cubiertos en caso de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro corporal deforme. Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción para las mamas después de una mastectomía, incluso en la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica.
Cuidado de custodia El cuidado de custodia es la atención personal que no requiere la atención constante del personal médico o un paramédico capacitado, por ejemplo, cuidados que ayudan al paciente con actividades de la vida cotidiana, tales como bañarse o vestirse.	✓	
Procedimientos, equipos y medicamentos quirúrgicos y médicos experimentales.		**Pueden estar cubiertos por Original Medicare dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.**

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Los procedimientos y suministros experimentales son aquellos suministros y procedimientos que generalmente no son aceptados por la comunidad médica según nuestro plan u Original Medicare.		(Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Los honorarios por atención cobrados por sus familiares directos o personas que viven en su casa.	✓	
Atención de enfermeros de tiempo completo en su domicilio.	✓	
Los servicios domésticos incluyen ayuda con las tareas domésticas básicas, incluidas la limpieza ligera o la preparación de comidas básicas.	✓	
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Cuidado dental no rutinario		La atención odontológica requerida para el tratamiento de una enfermedad o de una lesión puede estar cubierta como atención médica ambulatoria o durante hospitalización.
Calzado ortopédico		Si el calzado es parte de un dispositivo ortopédico de pierna y que esté incluido en el costo del dispositivo o el calzado para personas con pie diabético.

FINAL

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Elementos de uso personal en su habitación de hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o televisión.	✓	
Sala privada en un hospital.		Solo cubierto cuando es médicamente necesario.
Anulación de procedimientos de esterilización y/o dispositivos anticonceptivos no recetados.	✓	
Atención quiropráctica de rutina.		Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones.
Cuidado de los pies de rutina		Cierta cobertura limitada suministrada de conformidad con las pautas de Medicare, (p. ej., en caso de diabetes).
Servicios considerados no razonables y necesarios, según las reglas de Original Medicare.	✓	
Dispositivos de soporte para los pies.		Calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros tipos de asistencia para la visión disminuida.	✓	

FINAL

CAPÍTULO 5:

Utilización de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

FINAL

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo **describe las reglas para la utilización de su cobertura para medicamentos de la Parte D**. Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de Medicare Parte B y los beneficios de medicamentos para cuidados paliativos.

Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura para medicamentos de la Parte D

Este capítulo **describe las reglas para la utilización de su cobertura para medicamentos de la Parte D**. Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de Medicare Parte B y los beneficios de medicamentos para cuidados paliativos.

Sección 1.2 Normas básicas para la cobertura del plan de medicamentos de la Parte D

El plan generalmente cubre sus medicamentos siempre que usted cumpla las siguientes normas básicas:

- Debe tener un profesional de la salud (un médico, dentista u otra persona que receta) que le emita una receta válida bajo la ley estatal vigente.
- La persona que le receta no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, usted debe presentar la receta médica en una farmacia de la red para surtir su medicamento. (Consulte la Sección 2, *Adquiera los medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan*).
- El medicamento debe encontrarse en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan (la denominamos, en forma abreviada, “Lista de Medicamentos”). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar incluidos en la "Lista de Medicamentos" del plan*).
- El medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Una “indicación médica aceptada” consiste en el uso de un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o avalado por determinados libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada).

FINAL

SECCIÓN 2 Adquiera el medicamento recetado de una farmacia de la red o a través del servicio de entrega a domicilio del plan

Sección 2.1 Use una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si adquiere los medicamentos en las farmacias de la red del plan. (Lea la Sección 2.5 para obtener más información acerca de en qué situaciones cubriremos medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proveer sus medicamentos recetados cubiertos. El término "medicamentos incluidos" significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que están cubiertos según la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

¿Cómo puede encontrar una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de Farmacias*, visitar nuestro sitio web (getblueil.com/mapd/pharmacies) o llamar al Servicio al Cliente.

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Algunas de nuestras farmacias de la red proporcionan gastos compartidos preferenciales, que pueden ser menores que los gastos compartidos en una farmacia que ofrece gastos compartidos estándar. En el *Directorio de farmacias,* se le indicará qué farmacias de la red ofrecen costos compartidos preferidos. Puede encontrar más información sobre cómo sus gastos de bolsillo pueden variar de acuerdo a los diferentes medicamentos.

¿Qué hacer si una farmacia que usted utiliza normalmente deja de pertenecer a la red?

Si la farmacia que usted utiliza normalmente deja de pertenecer a la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. O si la farmacia en la que ha estado comprando permanece dentro de la red, pero ya no ofrece gastos compartidos preferenciales, es posible que prefiera cambiarse a otra farmacia de la red, de estar disponible. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda del Servicio al Cliente o usar el *Directorio de Farmacias*. También puede obtener esta información ingresando a nuestro sitio web getblueil.com/mapd/pharmacies.

¿Qué hacer si necesita una farmacia especializada?

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

- farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusiones en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de centros de atención a largo plazo (LTC, long-term care). Generalmente, un centro de atención a largo plazo o LTC, (como una residencia para ancianos) tiene su propia farmacia. . Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro LTC, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Farmacias de Servicios de Salud para Indígenas Americanos o del Programa de salud tribal/indígena/urbano (no disponible en Puerto Rico). Salvo en casos de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o nativos de Alaska tendrán acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que expenden 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, busque en el *Directorio de Farmacias* o llame al Servicio al Cliente.

Sección 2.3 Utilización de los servicios de pedidos por correo del plan

El servicio de entrega a domicilio por correo de nuestro plan le permite solicitar **un suministro de hasta 90 días (100 por medicamentos de Categoría 1)**.

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas médicas por correo, comuníquese con uno de nuestros servicios de entrega a domicilio: AllianceRx Walgreens Pharmacy al 1-877-277-7895 (TTY 711), o bien con Express Scripts® Pharmacy al 1-833-599-0729 (TTY 711). También puede visitar www.alliancerxwp.com/home-delivery o www.alliancerxwp.com/home-delivery o express-scripts.com/rx. Consulte el Capítulo 6, secciones 5.2 y 5.4 para obtener información los montos de gastos compartidos preferidos y estándar en las farmacias de pedidos por correo.

Por lo general, una farmacia de entrega a domicilio le enviará el pedido en menos de 10 días. Para resurtir los medicamentos recetados con entrega a domicilio, comuníquese con nosotros de 10 a 20 días antes de que se estén por terminar sus medicamentos para asegurarse de que el siguiente pedido se envíe a tiempo.

- Si hay una demora en los pedidos por correo y usted está en peligro de que se interrumpa el tratamiento, su plan permite anular la demora en los pedidos por correo. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si desea

obtener una aprobación de anulación. Una vez que se reciba la aprobación, la farmacia de pedidos por correo transferirá su receta a la farmacia de su elección o hará que el recetador llame por teléfono para solicitar un suministro más pequeño a una farmacia minorista local.

Recetas médicas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las nuevas recetas médicas que reciba de sus proveedores de atención médica, sin consultarle primero, si es que:

- Usted utilizó servicios de entrega a domicilio con este plan en el pasado; o
- Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas médicas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las nuevas recetas en cualquier momento al comunicarse con su farmacia con entrega a domicilio para establecer la reposición automática de sus recetas.

Si recibe una receta automáticamente por correo que no desea, y no se pusieron en contacto con usted para ver si la quería antes de que se enviara, puede tener derecho a un reembolso.

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia complete y envíe automáticamente cada nueva receta, comuníquese con nosotros al iniciar sesión en su cuenta en línea o al comunicarse directamente con la farmacia.

Si nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedidos por correo y/o ha decidido interrumpir el abastecimiento automático de nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que el medicamento se surta y envíe inmediatamente. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarle si desea enviar, demorar o cancelar la nueva receta.

Para darse de baja del servicio de entregas automáticas de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros al iniciar sesión en su cuenta en línea o al comunicarse directamente con la farmacia.

Renovaciones de recetas médicas con entrega a domicilio. Para volver a surtir sus medicamentos, puede registrarse en un programa de resurtido automático. Con este programa, comenzaremos a procesar su próxima renovación automáticamente cuando nuestros registros nos muestren que se está quedando sin medicamento. La farmacia lo contactará antes de enviar cada renovación para asegurarse de que necesita más medicamentos, y usted podrá cancelar los resurtidos programados si todavía tiene medicación suficiente o si le han cambiado el medicamento.

FINAL

Si decide no utilizar nuestro programa de resurtido automático, pero aún desea que la farmacia de entrega a domicilio le envíe sus medicamentos con receta, comuníquese con su farmacia 10 días antes de que se le terminen los medicamentos. Esto le garantizará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para darse de baja del servicio de entregas automáticas de nuevas recetas recibidas por correo, comuníquese con nosotros al iniciar sesión en su cuenta en línea o al comunicarse directamente con la farmacia.

Si recibe un resurtido automáticamente por correo que no desea, puede ser elegible para un reembolso.

Prime Therapeutics LLC proporciona servicios de administración de beneficios de farmacia para Blue Cross and Blue Shield of Illinois, y pertenece a 18 planes de Blue Cross and Blue Shield, subsidiarias o filiales de esos planes.

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

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

AllianceRx Walgreens Pharmacy, una farmacia central especializada y de entrega a domicilio, está contratada para proporcionar servicios de farmacia por correo a los asegurados de Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS).

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 miembros de Blue Cross and Blue Shield of Illinois.

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

Sección 2.4 ¿Cómo obtener un suministro prolongado de medicamentos?

Cuando usted adquiere un suministro prolongado de medicamentos, su parte del costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos maneras de obtener suministros prolongados (también llamado "suministro extendido") de medicamentos de "mantenimiento" en nuestra Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que usted toma de manera regular, por una afección médica crónica o a largo plazo). Puede solicitar este suministro a través de entrega a domicilio (consulte la Sección 2.3) o también puede visitar una farmacia minorista.

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de Farmacias,* se le indica cuáles farmacias dentro de la red le pueden dar un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para obtener más información.
2. Usted puede usar **los servicios de pedidos por correo** de la red del plan.El servicio de entrega a domicilio por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de hasta 90 días (100 días con medicamentos de Categoría 1). Lea la Sección 2.3 para obtener más información sobre cómo usar nuestros servicios de pedidos por correo.

Sección 2.5 Casos en que usted puede usar una farmacia que no está en la red del plan

Su receta médica puede estar cubierta en ciertas situaciones

Generalmente, cubrimos medicamentos adquiridos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede adquirirlos en una farmacia de la red. Para ayudarlo, ofrecemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede adquirir sus medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. **Comuníquese primero con el Servicio al Cliente** para que le informen si existe una farmacia de la red cercana. Es posible 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.

Estos son los casos en los que cubrimos medicamentos con receta adquiridos en una farmacia fuera de la red:

- Si el miembro viaja fuera del área de servicios de su plan y ocurre alguna de las siguientes situaciones:
  - se le acaban o pierden sus medicamentos cubiertos en la Parte D; o
  - se enferma y necesita un medicamento cubierto en la Parte D; o
  - no puede acceder a una farmacia de la red.
- Si el miembro no puede obtener oportunamente un medicamento cubierto en la Parte D en su área de servicio porque, por ejemplo, no hay una farmacia de la red a una distancia razonable que ofrezca servicio las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si el miembro debe surtir una receta médica de un medicamento cubierto en la Parte D y este (por ejemplo, un medicamento sin interés comercial u otro medicamento especializado) no suele encontrarse en farmacias minoristas cercanas de la red o en una farmacia de entrega a domicilio.
- Si el miembro recibe medicamentos cubiertos en la Parte D que suministran una farmacia institucional fuera de la red cuando el beneficiario se encuentra en un departamento de emergencias, en una clínica del proveedor, en una cirugía para pacientes no hospitalizados o en otros centros ambulatorios.

- Durante cualquier situación en la que se declare un desastre federal u otra emergencia de salud pública en la que se evacúe o traslade de otra manera de su lugar de residencia a los inscritos en la Parte D y no se les puede exigir que obtengan los medicamentos cubiertos en la Parte D en una farmacia de la red. Además, en circunstancias en las que los canales de distribución normales no están disponibles.
- Las recetas médicas para resurtir medicamentos de rutina o de mantenimiento que se obtengan en farmacias fuera de la red en una situación que NO sea de emergencia o en circunstancias inusuales no tendrán cobertura con su beneficio de la Parte D de Medicare.
- Además, con frecuencia, Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) no permitirá que el suministro de medicamentos de más de un mes se proporcione en una farmacia que no forma parte de la red, aunque Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) puede anular el límite de un mes según cada caso, cuando esté garantizado por circunstancias extraordinarias.
- Puede encontrar todas las farmacias participantes de Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) en su área en nuestro sitio web getblueil.com/mapd/pharmacies o si llama a la línea del Localizador de farmacias al 1-877-800-0746, que está disponible las 24 horas del día, los 365 días del año. Los usuarios de TTY deben al 711, que está disponible las 24 horas del día, los 365 días del año.

¿Cómo puede solicitar un reembolso del plan?

Si usted debe adquirir un medicamento en una farmacia que no forma parte de la red, generalmente usted deberá pagar el costo total (en lugar de pagar su parte normal del costo) en el momento que adquiere el medicamento. Usted podrá solicitar el reembolso de nuestra parte del costo. (En el Capítulo 7, Sección 2, se explica cómo solicitar el reembolso).

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

Sección 3.1 La “Lista de medicamentos” le informa sobre los medicamentos de la Parte D que están cubiertos

El plan tiene una “*Lista de Medicamentos cubiertos (Formulary, en inglés)”.* En esta *Evidencia de Cobertura*, **la denominamos “Lista de Medicamentos” para abreviar.**

Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con el asesoramiento de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

Los medicamentos de la Lista de Medicamentos son solo aquellos cubiertos conforme a la Parte D de Medicare.

Generalmente cubrimos un medicamento en la Lista de medicamentos del plan siempre que usted cumpla con las demás normas de cobertura especificadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médica aceptada. Una "indicación médica aceptada" consiste en el uso de un medicamento que cumpla *uno* de los siguientes criterios:

- esté aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos, (para el diagnóstico o la afección para la que se está prescribiendo).
- *o,* apoyado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información DRUGDEX.

La Lista de Medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como genéricos

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende con un nombre comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, medicamentos que se basan en una proteína) se denominan productos biológicos. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a "medicamentos", esto puede significar tanto un medicamento como un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan 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. Existen sustitutos de medicamentos genéricos o alternativas biosimilares disponibles para muchos medicamentos de marca y algunos productos biológicos.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también incluye ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos recetados y funcionan de la misma manera. Para recibir más información, llame al Servicio al Cliente.

¿Cuáles son los medicamentos que *no* están en la Lista de Medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, las leyes no permiten que el plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, lea la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de Medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener

FINAL

un medicamento que no esté en la lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2 Hay 5 categorías de gastos compartidos para los medicamentos de la Lista de medicamentos.

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se incluyen en una de las 5 categorías de costos compartidos. En general, cuanto más alta es la categoría de costo compartido, mayor es el costo que le corresponde a usted por el medicamento:

- Categoría 1: medicamentos genéricos preferidos (categoría más baja)
- Categoría 2: genéricos
- Categoría 3: marca preferida
- Categoría 4: medicamento no preferido
- Categoría 5: medicamentos especializados (categoría más alta)

Para conocer en qué categoría de costo compartido se encuentra su medicamento, consulte la lista de medicamentos del plan.

El monto que debe pagar por los medicamentos en cada categoría de costos compartidos se muestra en el Capítulo 6 (*Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*).

Sección 3.3 Cómo verificar si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos

Existen 3 maneras de verificar esto:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos de manera electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (getblueil.com/mapd). La Lista de medicamentos que se publica en la página web siempre es la más actualizada.
3. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para verificar si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento).

FINAL

SECCIÓN 4 Existen ciertas restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué existen restricciones para algunos medicamentos?

Para ciertos medicamentos recetados, existen algunas normas especiales que establecen restricciones de cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para ayudarlo a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la manera más eficaz. Para saber si algunas de estas restricciones se aplican a un medicamento que usted utiliza o desea utilizar, consulte la Lista de Medicamentos. Si un medicamento seguro de menor valor presenta la misma eficacia médica que un medicamento de mayor valor, las normas de la cobertura están pensadas para recomendarle a usted y a su proveedor que utilicen ese medicamento de menor valor.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir de acuerdo a la concentración, cantidad o forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicarse diferentes restricciones o gastos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; una por día frente a dos por día; tableta frente a líquido).

Sección 4.2 ¿Cuáles son las restricciones?

En las siguientes secciones, se incluye más información sobre los tipos de restricciones que establecemos para ciertos medicamentos.

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán seguir algunos pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Comuníquese con el Servicio al Cliente para saber qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea que solicitemos una renuncia a la restricción aplicada a su caso, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar solicitar una renuncia a la restricción aplicada a su caso, o no hacerlo. (Consulte el Capítulo 9)

Restricción de medicamentos de marca cuando se encuentra disponible una versión genérica

Por lo general, un medicamento genérico posee el mismo mecanismo de acción que el de marca registrada, pero su costo suele ser menor. **En la mayoría de los casos, cuando haya disponible una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica en vez del medicamento de marca**. Sin embargo, si su proveedor nos informa que existe una razón médica que demuestra que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos

cubiertos serán eficaces para tratar la misma condición, entonces cubriremos el costo del medicamento de marca registrada. (Su parte del costo puede ser mayor si adquiere el medicamento de marca en lugar del medicamento genérico).

Obtención de aprobación previa del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener aprobación del plan antes de que aceptemos ofrecer cobertura por el medicamento. Esto se denomina "**autorización previa**". Esto se aplica para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si usted no obtiene dicha aprobación, el medicamento posiblemente no será cubierto por el plan.

Probar primero con un medicamento diferente

De acuerdo con este requisito, se recomienda que usted pruebe medicamentos menos costosos, pero igualmente eficaces antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B se utilizan para tratar la misma afección médica, el plan puede indicarle que pruebe el Medicamento A primero. Si el Medicamento A no le funciona, entonces el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se llama "**terapia escalonada**".

Límites de cantidades.

Para algunos medicamentos, podemos limitar la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que se le surta una receta médica. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo un comprimido por día de un medicamento en particular, podemos limitar la cobertura del medicamento recetado a no más de un comprimido por día.

Sección 4.3 ¿Se aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos?

La Lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas anteriormente. Para saber si algunas de estas restricciones se aplican a un medicamento que usted utiliza o desea utilizar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento) o visite nuestro sitio web (getblueil.com/mapd).

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán seguir algunos pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Si el medicamento que desea tomar tiene una restricción, debe comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para saber qué deben hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que solicitemos una renuncia a la restricción aplicada a su caso, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos

aceptar solicitar una renuncia a la restricción aplicada a su caso, o no hacerlo. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

SECCIÓN 5 ¿Qué hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto en la forma que a usted le gustaría que lo estuviera?

Sección 5.1 Existen ciertos recursos a su disposición si uno de sus medicamentos no es cubierto en la forma que a usted le gustaría que lo estuviera

Es posible que haya un medicamento con receta que toma actualmente, o un medicamento que su proveedor considera que debe tomar, que no se encuentre en nuestra Lista de medicamentos o que se encuentre en la Lista de medicamentos con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O quizás, una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la marca que usted desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está incluido, pero se establecen normas o restricciones adicionales para la cobertura de ese medicamento, tal como se indica en la Sección 4
- El medicamento está cubierto, pero está en una categoría de costo compartido que establece una suma mayor de lo que usted piensa que corresponde.
- Existen ciertos recursos a su disposición que puede usar si su medicamento no está cubierto de la forma en que a usted le gustaría.
- Si su medicamento está en una categoría de costos compartidos que establece un monto mayor del que usted piensa que corresponde, lea la Sección 5.3 para conocer los recursos a su disposición.

Sección 5.2 ¿Qué hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si existen ciertas restricciones para el medicamento?

Si el medicamento que usted utiliza no está en la Lista de medicamentos o existen ciertas restricciones, usted podrá hacer lo siguiente:

- Usted puede obtener un suministro provisional de su medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o retire las restricciones del medicamento.

Usted puede obtener un suministro provisional

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro provisional de un medicamento que ya está tomando. Este suministro provisional le dará tiempo para consultar con su proveedor por el cambio en la cobertura y para decidir cómo proceder.

Para ser elegible para un suministro provisional, el medicamento que estuvo tomando **ya no debe estar en la Lista de Medicamentos del plan O ahora debe tener algún tipo de restricción**.

- Si es un nuevo asegurado, cubriremos un suministro provisional de su medicamento durante los primeros [inserte el período (debe ser de, al menos, 90 días)] de ser asegurado de la cobertura.
- Si el año pasado estuvo en el plan, cubriremos un suministro provisional de su medicamento durante los primeros [inserte el período (debe ser de, al menos, 90 días)] del año calendario.
- Este suministro provisional se brindará por un máximo de [inserte límite de suministro (debe ser de, al menos, el número de días de suministro para un mes de la cobertura)] días. Si su receta médica está escrita por menos días, entregaremos varias renovaciones para proporcionar hasta un suministro máximo de [inserte límite de suministro (debe ser de, al menos, el número de días de suministro para un mes de la cobertura)] días de medicamentos. El medicamento recetado debe ser adquirido en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios).
- **Para los miembros que están inscritos en el plan desde hace más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro inmediatamente:**

  Cubriremos un suministro por 31 días de un medicamento en particular, o menos, si su receta se emitió por menos días. Esto es además de la situación del suministro temporal anterior.

Hay circunstancias en las que pueden ocurrir transiciones no planificadas para los miembros actuales y en las que los regímenes de medicamentos con receta pueden no estar incluidos en la Lista de Medicamentos del patrocinador del plan. Estas circunstancias suelen implicar cambios en el nivel de atención en los que un miembro se cambia de un entorno de tratamiento a otro. Para estas transiciones no planificadas, los miembros y la persona que receta deben guiarse por nuestras excepciones y procesos de apelación. Las determinaciones de cobertura se procesan y las redeterminaciones se realizan tan rápido como lo requiera su afección de salud.

- A fin de evitar una interrupción temporal en la atención médica cuando un miembro recibe el alta para regresar a su hogar, se permite a los miembros contar con un suministro completo disponible para pacientes no

hospitalizados a fin de continuar con el tratamiento una vez que se agota el suministro limitado que se le entrega en el momento del alta. Este suministro ambulatorio está disponible previo al alta de una estadía de la Parte A.

- Cuando un miembro es admitido en un centro de LTC, o bien recibe el alta de este, y no tiene acceso a la cantidad restante del medicamento con receta médica proporcionado previamente, se procesa una anulación única de las modificaciones de un "resurtido muy anticipado" para cada medicamento que se vería afectado debido a que el miembro fue admitido en el centro de LTC o recibió el alta de este. Las modificaciones de los resurtidos anticipados no se utilizan para limitar el acceso correspondiente y necesario al beneficio de la Parte D de un miembro, y los miembros tienen permitido acceder a un resurtido en el momento de la admisión o del alta.

Para solicitar un suministro provisional, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

Durante el período en el que usted recibe un suministro provisional de un medicamento, usted deberá consultar con su proveedor para decidir qué hará cuando haya terminado el suministro provisional. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Consúltele a su proveedor si existe otro medicamento cubierto por el plan con el mismo mecanismo de acción. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar el mismo problema médico. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted.

2) Usted puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan una excepción para que se cubra el medicamento de la manera que a usted le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor determina que por su cuadro médico se justifica solicitarnos una excepción, su proveedor puede asistirlo para solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, usted puede solicitar que el plan cubra un medicamento, aunque este no se encuentre en la Lista de medicamentos del plan. O puede solicitar al plan una excepción para que cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es un asegurado actualmente y un medicamento que está tomando será eliminado de la Lista de medicamentos o se le aplicará alguna restricción el año siguiente, le informaremos cualquier cambio por anticipado para el año siguiente. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas luego de recibir su solicitud (o la declaración de apoyo del recetador). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, deben leer el Capítulo 9, Sección 6.4 para obtener información sobre cómo proceder. Explica los procedimientos y las fechas límite máximas establecidas por Medicare para que su solicitud se gestione a la mayor brevedad posible y de manera justa.

Sección 5.3 ¿Qué hacer si su medicamento está en una categoría de costo compartido que usted considera muy alta?

Si su medicamento está en una categoría de costo compartido que considera muy alta, podrá hacer lo siguiente:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de gastos compartidos que considera muy alto, hable con su proveedor. Tal vez haya otro medicamento en un nivel de gastos compartidos menor con el mismo mecanismo de acción. Puede llamar al Servicio al Cliente para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contraportada de este documento).

Usted puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan una excepción a la categoría de costo compartido del medicamento para que la suma que deba pagar por el medicamento sea menor. Si su proveedor determina que por su cuadro médico se justifica solicitarnos una excepción, su proveedor puede asistirlo para solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, deben leer el Capítulo 9, Sección 6.4 para obtener información sobre cómo proceder. Explica los procedimientos y las fechas límite máximas establecidas por Medicare para que su solicitud se gestione a la mayor brevedad posible y de manera justa.

Los medicamentos de nuestra categoría de medicamentos especializados (Categoría 5) no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos la suma de costo compartido para medicamentos en esta categoría.

FINAL

SECCIÓN 6 ¿Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted utiliza?

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan a principios de cada año (el 1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede realizar modificaciones en la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, el plan puede:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de Medicamentos**.
- **Transferir un medicamento en una categoría de costo compartido mayor o menor**.
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre restricciones en la cobertura, lea la Sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca registrada por un medicamento genérico.**

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de Medicamentos del plan.

Sección 6.2 ¿Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted está tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando ocurren cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. También actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea regularmente. A continuación destacamos las veces que usted recibirá avisos directos si se realizan cambios a un medicamento que está tomando. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

Cambios en su cobertura de medicamentos que lo afectan durante el año de cobertura vigente

Cambios que pueden afectarlo este año: En los siguientes casos, usted se verá afectado por cambios en la cobertura que se realicen durante el año:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos la categoría de costos compartidos o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambos)**
  - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica

recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de gastos compartidos o uno inferior, y con las mismas o menos restricciones. Cuando se agregue el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de gastos compartidos más alto o agregar nuevas restricciones, o ambos.

- Es posible que no le avisemos con anticipación antes de hacer ese cambio, incluso si usted está actualmente tomando el medicamento de marca registrada. Si usted está tomando el medicamento de marca en el momento en que hacemos el cambio, le proporcionaremos información sobre el/los cambio(s) específicos que hicimos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
- Usted o el recetador pueden solicitarnos hacer una excepción y continuar con la cobertura de su medicamento de marca registrada. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, lea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])*.

- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
  - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o sacarse del mercado por otra razón. Si esto sucede, nosotros podremos eliminar de inmediato el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando el medicamento, le haremos saber de inmediato acerca del cambio.
  - También se informará de este cambio a la persona que le receta y puede consultar con usted para determinar otro medicamento a fin de tratar su afección.
- **Otros cambios a los medicamentos de la Lista de medicamentos**
  - Podemos hacer otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la lista de medicamentos, o cambiar el nivel de gastos compartidos o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambos. Además podríamos hacer cambios basados en las advertencias en el recuadro de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - Debemos enviarle un aviso sobre los cambios con una antelación de al menos 30 días o notificarle el cambio y darle un resurtido de [inserte límite de suministro (debe ser de, al menos, el número de días de

suministro para un mes de cobertura)] días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
- Después de recibir la notificación del cambio, debe trabajar con la persona que le receta para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando.
- Usted o la persona que le receta pueden solicitar que el plan haga una excepción y continúe con la cobertura de su medicamento. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, lea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])*.

Cambios en la Lista de Medicamentos que no lo afectan durante este año del plan

Podemos realizar ciertos cambios en la Lista de Medicamentos que no se describieron anteriormente. En estos casos, no se aplicará el cambio a usted si está tomando el medicamento cuando se realice el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1.º de enero del siguiente año del plan si permanece en el mismo plan.

En general, los cambios que no lo afectarán durante el año de cobertura vigente son los siguientes:

- Si el medicamento es reclasificado en una categoría de costo compartido más alta.
- Si establecemos una nueva restricción al uso del medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios afecta a un medicamento que usted está tomando (pero no debido a un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca registrada, u otro cambio indicado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso ni la suma de su parte del costo hasta el 1.º de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, usted probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni restricciones adicionales sobre el uso de su medicamento.

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

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le indica qué tipos de medicamentos recetados están "excluidos". Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si usted adquiere medicamentos excluidos, deberá pagar por ellos usted mismo. Si usted apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido en la Parte D, nosotros pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar, consulte el Capítulo 9, Sección 6.5 de este documento).

A continuación, se establecen tres normas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubren según la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no cubre un medicamento que estaría cubierto según la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- El plan, en general, no puede cubrir el uso fuera de lo indicado. El "uso fuera de lo indicado" se refiere a cualquier uso de un medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- Por lo general, la cobertura para "uso fuera de lo indicado" se permite solo cuando el uso está avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información DRUGDEX.

Además, por ley, las categorías de medicamentos indicadas abajo no están cubiertas por Medicare:

- Medicamentos no recetados (también llamados OTC o de venta libre)
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad
- Medicamentos utilizados para aliviar síntomas de resfrío o catarro
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para el crecimiento del cabello
- La receta médica para vitaminas y productos minerales, excepto vitaminas prenatales y preparaciones con fluoruro
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante requiere la compra de pruebas asociadas o servicios de control exclusivamente del fabricante como condición de venta

FINAL

Si recibe un "Beneficio Adicional" para pagar los medicamentos, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos está disponible para usted. (Puede encontrar los números telefónicos y la información de contacto para Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Cómo completar una receta médica

Sección 8.1 Proporcione su información de membresía

Para abastecer su receta, proporcione la información de membresía de su plan, que puede encontrarla en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red le facturará automáticamente al plan *nuestra* parte del costo de sus medicamentos. Usted deberá pagar a la farmacia *su* suma de costo compartido cuando retira el medicamento recetado.

Sección 8.2 ¿Qué hacer si no tiene su tarjeta de membresía con usted?

Si no tiene la información de asegurado de la cobertura con usted al momento de surtir su medicamento con receta, la farmacia o usted puede comunicarse con la cobertura para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **usted deberá pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire**. (Luego podrá **solicitar el reembolso** de nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener más información sobre cómo solicitar un reembolso).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si usted está internado en un hospital o centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan?

Si usted es internado en un hospital o un centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante la internación. Cuando es dado 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 que se describen en este Capitulo.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si usted está internado en un centro de atención a largo plazo (LTC)?

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como una residencia para ancianos) tiene su propia farmacia o una farmacia que le provee medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente en un centro de LTC, puede adquirir sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o la que el centro use, siempre y cuando esta sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de Farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de LTC o la que usa forma parte de nuestra red. Si no lo es o si necesita más información, comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D en forma rutinaria a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si usted reside en un centro de atención médica a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o que tiene algún tipo de restricción?

Consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre un suministro provisional o de emergencia.

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

¿Actualmente tiene otra cobertura para medicamentos recetados a través de su empleador (o el de su esposa) o un grupo de jubilados? Si es así, comuníquese con **el administrador de beneficios del grupo.** Él o ella le pueden ayudar a determinar cómo trabajará su cobertura para medicamentos recetados actual con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura de grupo de empleados o jubilados, la cobertura de medicamentos que obtiene de nosotros será secundaria a su cobertura de grupo. Eso quiere decir que su cobertura de grupo pagará primero.

Nota especial sobre ‘cobertura acreditable’:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso en el que se indique si su cobertura para medicamentos con receta para el siguiente año calendario será “válida”.

Si la cobertura del plan de grupo es “**acreditable**”, esto quiere decir que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.

Conserve estos avisos sobre la cobertura válida ya que podría necesitarlas luego. Si usted se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, posiblemente necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido

cobertura acreditable. Si no recibió el aviso de cobertura válida, solicite una copia al administrador de beneficios del plan de jubilados o de su empleador, o al empleador o al sindicato.

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

Los centros paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si se encuentra inscrito en cuidados paliativos de Medicare y requiere ciertos medicamentos (por ejemplo, contra las náuseas, un laxante, un medicamento para aliviar el dolor o un ansiolítico) que no se encuentran cubiertos 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 la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, solicite a su proveedor de cuidados paliativos o a la persona que receta que le proporcione una notificación antes de que se surta su receta.

En el caso de que usted renuncie a su elección de centro de cuidados paliativos o sea dado de alta de su centro de cuidados paliativos, nuestro plan deberá cubrir sus medicamentos tal como se explica en este documento. Para prevenir retrasos en una farmacia cuando finalice su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, deberá traer la documentación a la farmacia para verificar su renuncia o su alta. Lea las partes anteriores de esta sección en que se abarcan las normas a fin de obtener cobertura de medicamentos en la Parte D. En el Capítulo 6 (*Lo que debe pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*), se ofrece más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que debe pagar.

SECCIÓN 10 Programas de seguridad y utilización de medicamentos

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

Realizamos revisiones de utilización de medicamentos para nuestros miembros para asegurarles de que están recibiendo atención médica segura y correcta.

Realizamos una revisión cada vez que adquiere un medicamento recetado. También efectuamos una revisión regular de nuestros registros. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas como:

- Posibles errores de medicamentos.
- Medicamentos que posiblemente no sean necesarios porque usted toma otro medicamento para tratar la misma afección médica.

- Medicamentos que posiblemente no sean seguros o correctos por su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que pueden ser peligrosas para usted si se toman en forma simultánea.
- Recetas por medicamentos que contienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosificación) de un medicamento que usted está tomando.
- Cantidades no seguras de medicamentos para aliviar el dolor a base de opioides.

Si observamos un posible problema en su utilización de los medicamentos, consultaremos con su proveedor para corregir el error.

Sección 10.2 Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos con opioides de manera segura

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los asegurados usen de manera segura opioides con receta y otros medicamentos de abuso frecuente. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos con opioides que obtiene de distintos médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides recientemente, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos con opioides sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos recetados con opioides o benzodiazepina no es seguro, podríamos limitar el modo en que puede obtener esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestra DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Requerir que usted obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o benzodiacepina de una farmacia en particular.
- Requerir que usted obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o benzodiacepina de un médico en particular.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioide o benzodiacepina que cubriremos para usted

Si planificamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. La carta tendrá información que explicará las limitaciones que creemos que aplican a su caso. También tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere y cualquier información que considere importante para nosotros. Después de haber tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme la limitación. Si cree que hemos cometido un error o no está de acuerdo con la limitación o con nuestra determinación de que usted está en riesgo de abuso de medicamentos recetados, usted y su recetador

tienen derecho a solicitarnos un recurso de apelación. Si decide apelar, revisaremos su caso y le informaremos la decisión. Si ratificamos la decisión de denegar cualquier parte de su solicitud en relación con las limitaciones de acceso a estos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente externo a nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo solicitar una apelación.

Es posible que el DMP no se aplique a usted si presenta ciertas afecciones médicas, como dolor asociado a cáncer activo o anemia falciforme, si está recibiendo cuidado paliativo o terminal, o si vive en un centro de atención médica a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros con el fin de garantizar que nuestros asegurados obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que consumen medicamentos para diferentes afecciones médicas cuyos costos son elevados, o quienes son parte de un DMP en el que se ayuda a los miembros a consumir opioides de forma segura, pueden obtener servicios a través de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de salud puede darle un resumen integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede consultar acerca de los medicamentos, los costos y cualquier problema o pregunta sobre su receta médica y medicamentos de venta libre. Recibirá un resumen por escrito que contiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué lo hace. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre cómo desechar de forma segura medicamentos recetados que son sustancias de dispensación controlada.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Lleve el resumen a su consulta o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, mantenga su lista de medicamentos actualizada con usted (por ejemplo, con su documento) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si contamos con un programa que se adecua a sus necesidades, lo inscribiremos a usted en el programa en forma automática y le enviaremos información. Si usted decide no participar, avísenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna duda sobre estos programas, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

CAPÍTULO 6:

Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

FINAL

¿Actualmente recibe asistencia económica para la compra de sus medicamentos?

Si está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que cierta información en esta *Evidencia de Cobertura* sobre los costos de medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a su caso.** Le hemos enviado un anexo, titulado "Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para la compra de medicamentos recetados" (también conocida como "Cláusula adicional por subsidio por bajos ingresos" o "LIS Rider"), que describe la cobertura por medicamentos que le corresponde. Si no tiene este anexo, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite su "Beneficio Adicional para Medicamentos con Receta".

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con los otros materiales que explican su cobertura de medicamentos

En este capítulo, se detalla lo que usted debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo, utilizamos la palabra "medicamento" para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Como explicamos en el Capítulo 5, no todos los medicamentos corresponden a la Parte D; algunos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, usted debe conocer qué medicamentos están cubiertos, dónde adquirir sus medicamentos con receta y las normas que debe seguir cuando adquiere sus medicamentos incluidos. Las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5 explican estas reglas.

Sección 1.2 Tipos de gastos en efectivo que debe pagar por servicios cubiertos

Existen diferentes tipos de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. La suma que usted paga por el medicamento se llama "costo compartido" y hay tres formas en que se le puede pedir que pague.

- El **"deducible"** es el monto que usted debe pagar por medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- El **"Copago"** es el monto fijo que usted paga cada vez que surte una receta médica.
- El **"Coseguro"** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que surte una receta médica.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la "etapa de cobertura para medicamentos" en la que usted se encuentra cuando adquiere el medicamento.

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de cobertura de medicamentos para los miembros de Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS)?

Existen cuatro "etapas de cobertura para medicamentos" para su cobertura de medicamentos con receta en Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS). Lo que usted paga depende de la etapa en la cual se encuentra usted cuando adquiere el medicamento con receta o lo vuelve a surtir. Los detalles de cada etapa se encuentran en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Recuerde que usted siempre es responsable de la prima mensual del plan, independientemente de la etapa de cobertura para medicamentos.

Etapa 1: Etapa de Deducible Anual

Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial

Etapa 3: Etapa de Interrupción en la Cobertura

Etapa 4: Etapa de Cobertura para Casos Catastróficos

Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por Insulina

No pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de gastos compartidos se encuentra.

SECCIÓN 3 Enviamos informes con la descripción de pagos por sus medicamentos y la etapa de pago en la cual usted se encuentra

Sección 3.1 Enviamos un resumen mensual llamado "Explicación de Beneficios de la Parte D" (la "EOB de la Parte D")

Nuestro plan mantiene un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted ha efectuado cuando adquiere sus medicamentos recetados

o renovación de recetas médicas en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuando ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, mantenemos un registro de dos tipos de costos:

- Mantenemos el registro de lo que usted ha pagado. A esto se lo llama los costos "**de su propio bolsillo**".
- Llevamos registro de su "**costo total por medicamentos**". Esta es la suma que paga de su propio bolsillo en efectivo o que otros pagan en su nombre, más el monto pagado por el plan.

Si usted ha adquirido uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *Explicación de Beneficios de la Parte D* ("EOB, en inglés). La EOB de la Parte D incluye lo siguiente:

- **Información correspondiente a ese mes**. Este informe detalla los pagos efectuados por los medicamentos recetados que usted ha adquirido durante el mes anterior. Detalla el total de costos de medicamentos, cuánto pagó el plan y cuánto pagaron usted y otros en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto se llama información "del año hasta la fecha". Muestra el total de costos de medicamentos y el total de pagos efectuados por sus medicamentos desde principios de año.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Esta información mostrará el precio total del medicamento y cualquier aumento en el precio desde la primera vez que se surtió para cada reclamación de receta médica de la misma cantidad.
- **Recetas médicas alternativas disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles que tienen un monto menor de gastos compartidos para cada reclamación de receta médica.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos por medicamentos

Para mantener un registro de sus costos por medicamentos y los pagos que usted efectúa por los medicamentos, nos basamos en registros brindados por las farmacias. Usted nos puede ayudar a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Presente su tarjeta de membresía cuando adquiera un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que sepamos cuáles son las recetas que usted surte y qué está pagando.
- **Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de bolsillo, envíenos copias de

sus recibos. Estos son algunos casos en los que debe proporcionarnos copias de sus recibos:
  - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
  - Cuando usted efectúa un copago por medicamentos provistos a través de un programa de asistencia al paciente del fabricante.
  - Cuando usted compra medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en otras oportunidades en que usted ha pagado el precio total por un medicamento cubierto en casos especiales.
  - Si usted recibe la factura por un medicamento incluido, podrá solicitar al plan nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo realizar esto, lea el Capítulo 7, Sección 2.

- **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 su propio bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas Americanos y la mayoría de las instituciones de caridad cuentan en el cálculo de sus gastos de su bolsillo. Debería llevar un registro de estos pagos y enviárnoslo para que podamos llevar un registro de sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba una *EOB de la Parte D*, revísela para verificar que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta información en el informe o si tiene alguna duda, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). Asegúrese de conservar estos informes.

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 de correo electrónico.
- Haga clic en Guardar.

Si cambia de opinión y desea recibir su EOB por correo nuevamente, puede actualizar su preferencia de comunicación en MyPrime.com.

- Asegúrese de conservar estos informes. Son registros importantes de sus gastos por medicamentos.

FINAL

SECCIÓN 4 No hay deducible para Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS)

No hay deducible para Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS). Usted comienza en la Etapa de Cobertura inicial cuando surta la primera receta médica del año. Consulte la Sección 5 para obtener más información sobre su cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial.

SECCIÓN 5 En la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde por sus costos de medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde lo adquiere

En la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde por sus costos de medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte (su monto de copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y dónde lo adquiera.

El plan establece 5 categorías de gastos compartidos.

Todos los medicamentos de la Lista de Medicamentos del plan se incluyen en una de las 5 categorías de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea la categoría de costo compartido, mayor será su costo por el medicamento:

- Categoría 1: medicamentos genéricos preferidos (categoría más baja)
- Categoría 2: genéricos
- Categoría 3: marca preferida
- Categoría 4: medicamento no preferido
- Nivel 5: Medicamentos de Especialidad (Nivel Más Alto)

Para conocer en qué categoría de costo compartido se encuentra su medicamento, consulte la Lista de Medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

Lo que paga por un medicamento depende de que adquiera el medicamento en los siguientes lugares:

- Farmacias dentro de la red.
- Una farmacia de la red que ofrece gastos compartidos estándar. Sus costos pueden ser menores en las farmacias que ofrecen gastos compartidos preferenciales.

FINAL

- Una farmacia minorista de la red que ofrece gastos compartidos preferenciales.
- Una farmacia que no está en la red del plan. Cubrimos medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red únicamente en situaciones limitadas. Lea el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información acerca de las situaciones en las que cubriremos medicamentos con receta adquiridos en farmacias fuera de la red.
- La farmacia de envío por correo del plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y el surtido de recetas médicas, lea el Capítulo 5 de este documento y el *Directorio de Farmacias* del plan.

Sección 5.2 Tabla en la que se muestran sus costos por un suministro de *un mes* de un medicamento

En la Etapa de Cobertura Inicial, su parte del costo por un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

Como se muestra en la siguiente tabla, el monto del copago o del coseguro depende del nivel en el que se encuentra el medicamento:

A veces, el costo del medicamento es menor que su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

FINAL

Lo que usted paga cuando adquiere un suministro de *un mes* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

Nivel	Gasto compartido comercial estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Gasto compartido comercial preferido (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Gasto compartido de entrega a domicilio por correo (un suministro de hasta 30 días)	Gastos compartidos de atención a largo plazo (LTC) (un suministro de hasta 31 días)	Gastos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; lea el Capítulo 5 para obtener más información). (suministro de hasta 30 días)
Costos compartidos Nivel 1 (Genéricos preferidos)	$10 de copago	$0 de copago	$10 de copago en una farmacia estándar de entrega a domicilio por correo $0 de copago en una farmacia preferida de entrega a domicilio por correo	$10 de copago	$10 de copago

FINAL

Nivel	Gasto compartido comercial estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Gasto compartido comercial preferido (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Gasto compartido de entrega a domicilio por correo (un suministro de hasta 30 días)	Gastos compartidos de atención a largo plazo (LTC) (un suministro de hasta 31 días)	Gastos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; lea el Capítulo 5 para obtener más información). (suministro de hasta 30 días)
Costos compartidos Nivel 2 (Genéricos)	$20 de copago	$10 de copago	$20 de copago en una farmacia estándar de entrega a domicilio por correo $10 de copago en una farmacia preferida de entrega a domicilio por correo	$20 de copago	$20 de copago

FINAL

Nivel	Gasto compartido comercial estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Gasto compartido comercial preferido (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Gasto compartido de entrega a domicilio por correo (un suministro de hasta 30 días)	Gastos compartidos de atención a largo plazo (LTC) (un suministro de hasta 31 días)	Gastos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; lea el Capítulo 5 para obtener más información). (suministro de hasta 30 días)
Costos compartidos Nivel 3 (Marca preferida)	$47 de copago	$47 de copago	$47 de copago en una farmacia estándar de entrega a domicilio por correo $47 de copago en una farmacia preferida de entrega a domicilio por correo	$47 de copago	$47 de copago

FINAL

Nivel	Gasto compartido comercial estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Gasto compartido comercial preferido (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Gasto compartido de entrega a domicilio por correo (un suministro de hasta 30 días)	Gastos compartidos de atención a largo plazo (LTC) (un suministro de hasta 31 días)	Gastos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; lea el Capítulo 5 para obtener más información). (suministro de hasta 30 días)
Costos compartidos Nivel 4 (Medicamento no preferido)	$100 de copago	$100 de copago	$100 de copago en una farmacia estándar de entrega a domicilio por correo $100 de copago en una farmacia preferida de entrega a domicilio por correo	$100 de copago	$100 de copago

FINAL

Nivel	Gasto compartido comercial estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Gasto compartido comercial preferido (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Gasto compartido de entrega a domicilio por correo (un suministro de hasta 30 días)	Gastos compartidos de atención a largo plazo (LTC) (un suministro de hasta 31 días)	Gastos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; lea el Capítulo 5 para obtener más información). (suministro de hasta 30 días)
Costos compartidos Nivel 5 (Medicamentos especializados)	33% del costo total	33% del costo total	33% del costo total en una farmacia estándar de entrega a domicilio por correo 33% del costo total en una farmacia preferida de entrega a domicilio por correo	33% del costo total	33% del costo total

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

Normalmente, el monto que usted paga por un medicamento con receta cubre el suministro de todo un mes. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico deseen tener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede solicitar que su médico recete, y que su farmacéutico surta, un suministro menor al de un mes completo de uno o varios medicamentos, en caso de que esto le ayude a planificar mejor las fechas de renovación para las diferentes recetas médicas.

Si recibe una cantidad menor a la necesaria para un mes completo de suministro de ciertos medicamentos, no deberá pagar por el suministro de un mes completo.

- Si es responsable de un coseguro, usted paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se calcula en base al costo total del medicamento, el costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si es responsable de un copago por el medicamento, su copago se basará en la cantidad de días que reciba el medicamento en vez del mes completo. Calcularemos la suma que pague por día por su medicamento (la "tasa de costo compartido diario") y la multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro *a largo plazo* (de hasta 90 días y 100 días para los medicamentos de Categoría 1) de un medicamento.

En el caso de algunos medicamentos, usted puede adquirir un suministro a largo plazo (también llamado "suministro extendido"). Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días (100 días para medicamentos de Categoría 1).

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando adquiere un suministro a largo plazo de un medicamento.

- A veces, el costo del medicamento es menor que su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

FINAL

Lo que usted paga cuando adquiere un suministro *a largo plazo* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

Nivel	Gasto compartido comercial estándar (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días, 100 para los medicamentos de Categoría 1)	Gasto compartido comercial preferido (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días, 100 para los medicamentos de Categoría 1)	Gasto compartido de entrega a domicilio por correo (hasta un suministro de 90 días, 100 para los medicamentos de Categoría 1)
Costos compartidosNivel 1 (Genéricos preferidos)	$30 de copago	$0 de copago	$20 de copago en una farmacia de entrega a domicilio por correo estándar $0 de copago en una farmacia preferida de entrega a domicilio por correo
Categoría 2 de costo compartido (Genéricos)	$60 de copago	$30 de copago	$40 de copago en una farmacia de entrega a domicilio por correo estándar $20 de copago en una farmacia preferida de entrega a domicilio por correo
Categoría 3 de costo compartido (Marca preferida)	$141 de copago	$141 de copago	$94 de copago en una farmacia de entrega a domicilio por correo estándar $94 de copago en una farmacia preferida de entrega a domicilio por correo

Nivel	Gasto compartido comercial estándar (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días, 100 para los medicamentos de Categoría 1)	Gasto compartido comercial preferido (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días, 100 para los medicamentos de Categoría 1)	Gasto compartido de entrega a domicilio por correo (hasta un suministro de 90 días, 100 para los medicamentos de Categoría 1)
Categoría 4 de costo compartido (Medicamento no preferido)	$300 de copago	$300 de copago	$300 de copago en una farmacia de entrega a domicilio por correo estándar $300 de copago en una farmacia preferida de entrega a domicilio por correo
Categoría 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Categoría 5	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Categoría 5	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Categoría 5

Sección 5.5 Permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de medicamentos anuales alcanzan los $4,660

Permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que el monto total de los costos de medicamentos con receta que ha surtido alcancen el **límite de $4,660 de la Etapa de Cobertura Inicial**.

La Explicación de Beneficios (EOB, en inglés) de la Parte D que le enviamos lo ayudará a mantener un registro de lo que usted y el seguro, así como cualquier tercero, han pagado en su nombre durante el año. Muchas personas no llegan al límite de $4,660 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto. Si alcanza esta suma, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de brecha en cobertura. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo.

FINAL

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de Interrupción en la Cobertura

Cuando usted se encuentra en la Etapa de brecha en cobertura, el Programa de descuento de la brecha en cobertura de Medicare brinda descuentos de fabricante sobre los medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de dispensación por medicamentos de marca. Tanto la suma que usted paga como la suma descontada por el fabricante cuentan en el cálculo de los gastos de su bolsillo como si usted los hubiese pagado y lo harán avanzar en la brecha en cobertura.

Usted recibe cobertura completa para medicamentos del Nivel 1 (Genéricos Preferidos). Usted paga un copago de $0 - $10 por los medicamentos del Nivel 1. También recibirá cobertura para algunos medicamentos genéricos de los niveles restantes. Usted no paga más del 25% del costo por medicamentos genéricos, y el seguro paga el resto. En el caso de los medicamentos genéricos, el monto que abona el plan (75%) no cuenta para el cálculo de gastos de bolsillo. Solo se tiene en cuenta el monto que usted paga y lo hace avanzar a etapa de interrupción en la cobertura. Usted continúa pagando el precio descontado por los medicamentos de marca y no más del 25% del gasto de los medicamentos genéricos hasta que sus pagos de bolsillo anuales alcanzan el monto máximo que Medicare ha establecido. En 2023, ese monto es de $7,400. Medicare establece normas sobre lo que se considera un gasto de bolsillo y lo que no. Cuando alcanza el límite de gasto de bolsillo de $7,400, pasa de la Etapa de Interrupción en la Cobertura a la Etapa de Cobertura para Casos Catastróficos.

Usted continúa pagando estos costos hasta que sus pagos de bolsillo anuales alcancen el monto máximo establecido por Medicare. Cuando ha alcanzado un límite de gastos de $7,400, pasa de la Etapa de Interrupción en la Cobertura a la Etapa de Cobertura para Casos Catastróficos.

Medicare establece normas sobre lo que se considera un gasto de bolsillo y lo que no (Sección 1.3).

SECCIÓN 7 En la Etapa de Cobertura para Casos Catastróficos, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos

Pasa para la Etapa de Cobertura para Casos Catastróficos cuando sus gastos de bolsillo han alcanzado el límite de $7,400 por el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura catastrófica, usted permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

En esta etapa, el plan pagará la mayor parte de los costos por sus medicamentos. Usted pagará:

- **Su parte** de los costos por un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, el monto que sea *mayor*:
  - –*ya sea*– un coseguro del 5% del costo del medicamento,
  - –*o* – $4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que recibe tratamiento de genérico y $10.35 por todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted debe pagar depende de cómo y dónde las adquiere

Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por Vacunas

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame al Servicio al Cliente para obtener más información.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D se divide en dos partes:

- La primera parte de la cobertura corresponde al costo de **la vacuna en sí misma**.
- La segunda parte de la cobertura corresponde al costo de **suministrarle a usted la vacuna.** (Esto a veces se llama la "administración" de la vacuna).

Lo que usted debe pagar por una vacuna de la Parte D depende de tres factores:

1. **El tipo de vacuna** (contra qué se lo está vacunando).
   - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos.
   - Otras vacunas son consideradas Medicamentos de la Parte D. Usted puede encontrar estas vacunas enumeradas en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan.

Dónde obtiene la vacuna.· La vacuna en sí misma puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.

3. **Quién administra la vacuna.**

Un farmacéutico puede administrar la vacuna en la farmacia u otro profesional de la salud puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que usted debe pagar en el momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la Etapa de Medicamento en la que se encuentre.

- A veces, cuando se le aplica una vacuna, debe pagar el costo total, tanto de la vacuna en sí como del costo del profesional de la salud que se la administra. Puede solicitar a nuestro plan el reintegro de nuestra parte del costo.
- En otras ocasiones, cuando reciba una vacuna, pagará solo su parte del costo bajo su beneficio de la Parte D.

FINAL

A continuación, se presentan tres ejemplos de formas en que puede recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Usted recibe su vacuna de la Parte D en la farmacia de su barrio. (Si recibe esta opción, depende del lugar donde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias realicen vacunaciones).

- Deberá pagarle a la farmacia el monto correspondiente a su copago por la vacuna, el cual también incluye el costo de la aplicación.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Recibe una vacunación de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, pagará el costo total de la vacuna en sí y el costo que le corresponde al proveedor por administrarle la vacuna.
- Luego podrá solicitar que el plan le reintegre nuestra parte del costo según los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este documento.
- Se le reembolsará el monto que pagó menos el copago normal por la vacuna (incluida la administración), menos cualquier diferencia entre el cargo que cobra el médico y lo que nosotros pagamos normalmente. (Si recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

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

- Deberá pagarle a la farmacia el monto correspondiente a su copago por la vacuna.
- Cuando el médico le administre la vacuna, usted deberá pagar el total del costo por este servicio. Luego podrá solicitar que el plan le reintegre nuestra parte del costo según los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará el monto que le cobró el médico por la administración de la vacuna menos cualquier diferencia entre el monto del médico y lo que nosotros pagamos normalmente. (Si recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

Tenga en cuenta que las Tarifas de Administración de las Vacunas no serán superiores a $30, pero pueden ser menores según el Cliente y la Farmacia en que se vacune el asegurado.

FINAL

CAPÍTULO 7:

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

FINAL

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe una atención médica, es posible que deba pagar el costo total inmediatamente. En otras oportunidades, usted puede descubrir que ha pagado más de lo que esperaba bajo las reglas de cobertura del plan o puede recibir una factura de parte de un proveedor. En cualquiera de estos casos, usted puede pedir a nuestro plan que le reintegre dichos montos (devolverle el dinero es llamado con frecuencia "reembolsarle"). Usted tiene derecho a recibir el reintegro de nuestro plan cuando ha pagado más de la parte que le corresponde por el costo de servicios médicos cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que debe cumplir para recibir un reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o posiblemente por más de su parte de los gastos compartidos, como se explica en el documento. Primero intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Veremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarlo, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que los gastos compartidos permitidos por el plan. Si este proveedor tiene contrato, usted aún tiene derecho a recibir tratamiento.

A continuación, enumeramos ejemplos de situaciones en las que usted puede solicitar un reintegro de nuestro plan o que paguemos una factura que usted recibió:

1. **Cuando recibe atención médica de emergencia o atención médica requerida urgentemente de un proveedor fuera de la red de nuestro plan**

   Puede recibir servicios de emergencia o requeridos urgentemente de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor pertenezca o no a nuestra red. En estos casos,

   - Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o servicios requeridos urgentemente. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a proporcionar atención médica de emergencia. Si usted paga el monto total en el momento en que recibe la atención, deberá solicitarnos un reintegro por nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con todos los comprobantes de pago que haya efectuado.
   - A veces usted puede recibir una factura de un proveedor que solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con los comprobantes de pago que haya efectuado.
     - Si al proveedor se le debe un pago, lo realizaremos directamente al proveedor.

- Si usted ya ha pagado más de su parte por el costo del servicio, determinaremos cuál es la parte que le corresponde a usted y le reintegraremos la parte del costo que nos corresponde a nosotros.

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

Los proveedores que forman parte de la red siempre deben enviar la factura directamente al plan y solo cobrarle a usted la parte del costo que le corresponde. Pero a veces cometen errores y le solicitan a usted pagar por los servicios.

- Usted únicamente tiene que pagar su monto de gastos compartidos cuando se le brindan servicios incluidos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales independientes, conocidos como "factura con saldo adicional". Este factor de protección (por el cual nunca paga más del monto de gastos compartidos) tiene validez incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio, incluso, si hay una disputa y nosotros no pagamos determinados cargos del proveedor.
- Cuando recibe una factura de un proveedor de la red que considera que es por una suma mayor que la que le corresponde pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente para resolver el problema.
- Si ya ha pagado la factura a un proveedor de la red, pero considera que ha pagado en exceso, envíenos la factura junto con los comprobantes de pago que haya efectuado y solicite un reintegro por la diferencia entre la suma que usted ha pagado y la suma que debería haber pagado según el plan.

3. Si usted se inscribe en nuestro plan en forma retroactiva

Algunas veces la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto significa que ya ha pasado el primer día de su inscripción. La fecha de inscripción puede haber ocurrido incluso el año pasado).

Si se inscribió en forma retroactiva en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquiera de los servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reintegremos su parte de los costos. Deberá enviarnos documentación, como recibos o facturas, para que nos encarguemos del reembolso.

4. Cuando adquiere un medicamento recetado en una farmacia fuera de la red

Si intenta surtir una receta médica en una farmacia fuera de la red, la farmacia probablemente no pueda presentar la reclamación directamente a nosotros. Cuando esto sucede, usted deberá pagar el costo total por el medicamento recetado.

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro de nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en

circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para ver un análisis de estas circunstancias.

5. **Cuando paga el costo total de un medicamento recetado porque no tiene su tarjeta de membresía consigo**

   Si no tiene su tarjeta de membresía consigo, puede solicitarle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción al plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, usted deberá pagar el costo total del medicamento recetado.

   Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro de nuestra parte del costo.

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

   Deberá pagar el costo total de un medicamento recetado si se le informa que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

   - Por ejemplo, el medicamento puede no aparecer en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* 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 inmediatamente, deberá pagar el costo total del mismo.
   - Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro. En algunas situaciones, necesitaremos información de su médico para efectuar el reintegro por nuestra parte del costo del medicamento.

Todos los beneficiarios de los clientes de Medicare pueden presentar una solicitud de reembolso. Los asegurados, los médicos de los asegurados y los representantes autorizados pueden enviar una solicitud de reembolso por teléfono, correo electrónico, correo postal o fax.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos una solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 de este documento para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitar un reintegro o pago de una factura que usted ha recibido

Puede solicitarnos que le hagamos un reembolso por teléfono o mediante el envío de una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y documentación del pago que realizó. Es buena idea conservar una copia de la factura y los recibos para sus registros.

FINAL

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar el formulario de reclamaciones para solicitar el pago.

- No está obligado a utilizar el formulario, pero nos ayudará a que podamos procesar la información con mayor rapidez. Para procesar una solicitud de pago, proporcione la siguiente información:
  - Nombre.
  - Número de asegurado.
  - Fecha del servicio.
  - Código de procedimiento o descripción de los servicios.
  - Código de diagnóstico o motivo de los servicios.
  - Cargos facturados.
  - Comprobante de pago.
  - Información del proveedor (Identificador de Proveedor Nacional [NPI, en inglés], Dirección, Nombre del Proveedor, etc.)
- Descargue una copia del formulario en nuestro sitio web (getblueil.com/mapd) o solicite el formulario por teléfono al Servicio al Cliente. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento).

En caso de **reclamaciones médicas**, envíe su solicitud de pago por correo junto con cualquier factura o recibo pagado a la siguiente dirección:

Medical Claims Payment Request
P.O. Box 4195
Scranton, PA 18505

En caso de **reclamaciones por emergencias internacionales o de atención médica inmediata**, envíe la solicitud por correo junto con cualquier factura o recibo pagado a la siguiente dirección:

Blue Cross Blue Shield Global Core
Service Center
P.O. Box 2048
Southeastern, PA 19399

Debe presentar sus reclamaciones médicas dentro de los 12 meses posteriores a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

En caso de **reclamaciones de medicamentos con receta**, envíe la solicitud por correo junto con cualquier factura o recibo pagado a la siguiente dirección:

Prescription Drug Claims Payment Request
P.O. Box 20970
Lehigh Valley, PA 18002-0970

FINAL

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos afirmativa o negativamente

Sección 3.1 Verificamos si nos corresponde cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos pagar

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos más información. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso por nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o medicamento, enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o que usted *no* siguió las normas, no pagaremos nuestra parte de los costos. Le enviaremos una carta con las razones por las que no le enviamos el pago que usted solicita y los derechos que tiene para apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos la totalidad o una parte de la atención médica o el medicamento, usted puede presentar una apelación

Si usted considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o si no está de acuerdo con el monto que pagaremos, usted puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos nuestra decisión de rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos específicos y fechas límites importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

FINAL

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

FINAL

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

Sección 1.1 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.) Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted y de acuerdo con sus sensibilidades culturales (en idiomas que no sean inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de una manera que refleje el entendimiento cultural y sean accesibles para todos los inscritos, incluidos aquellos con poco dominio del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellos con orígenes culturales y étnicos diferentes. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teleimpresores o conexión TTY (teléfono para mensajes de texto o teléfono para teleimpresores).

Nuestro plan cuenta con servicios de intérpretes gratuitos disponibles para responder preguntas de asegurados que no hablan inglés. También podemos brindarle información en sistema Braille, en español, en letra grande o en formatos alternativos de forma gratuita si lo requiere. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para que le proporcionemos información de la manera adecuada para usted, llame al Servicio al Cliente.

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

Si no se encuentran disponibles los proveedores de la red del plan para una especialidad, es responsabilidad del plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionarán la atención médica necesaria. En este caso, solo pagará gastos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesite, llame al plan para obtener información sobre a dónde acudir para obtener este servicio con gastos compartidos dentro de la red.

Si tiene dificultades para acceder a la información sobre nuestro seguro en un formato que sea accesible y apropiado para usted, ver a una especialista de la salud de la mujer o encontrar un especialista en la red, llame para presentar una inconformidad ante Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) al 1-877-774-8592. También puede presentar una queja con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE

(1-800-633-4227) o puede presentarla directamente en la Oficina de Derechos Civiles llamando al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

Nuestro plan cuenta con servicios de intérpretes gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros discapacitados y de aquellos que no hablan inglés. También podemos brindarle información en sistema braille, en español, en letra grande o en formatos alternativos de forma gratuita si lo requiere. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nuestra parte de una manera que la pueda comprender, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

Nuestra aseguradora cuenta con personas y servicios gratuitos de interpretación para responder preguntas de miembros con alguna discapacidad o que no hablen inglés. Si lo necesita, también podemos proporcionarle sin costo información en braille, en letra grande u otros formatos. Tenemos la obligación de proporcionarle información sobre los beneficios de la cobertura en un formato accesible, eficaz y apropiado para usted. Comuníquese con Atención al Miembro para recibir información en un formato eficaz para usted (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto).

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

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde ir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene dificultades para acceder a la información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar un reclamo ante Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) al 1-877-774-8592. También puede presentar una queja con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o puede presentarla directamente en la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto está incluida en esta Evidencia de Cobertura, o puede comunicarse al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697 para acceder a información adicional.

Sección 1.2 Debemos garantizarle acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derecho a seleccionar un profesional de la salud primaria (PCP, por sus siglas en inglés) en la red del plan para que le proporcione y coordine sus servicios incluidos. También tiene derecho a consultar a un especialista en atención médica para la mujer (como un ginecólogo) sin una remisión.

Usted tiene derecho a recibir consultas y servicios incluidos de la red de proveedores del plan *dentro de un período razonable de tiempo*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunamente de especialistas cuando necesita este tipo de atención. También tiene derecho a adquirir sus medicamentos recetados o renovaciones de recetas en cualquiera de las farmacias de la red sin largas demoras.

Si considera que no está obteniendo su atención médica dentro de un período razonable de tiempo, en el Capítulo 9 se le informa qué puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de su historia clínica e información médica personal. Protegemos su información médica personal como lo establecen estas leyes.

- Su "información médica personal" incluye la información personal que nos brindó cuando se inscribió en este plan, así como también su historia clínica, y otra información médica y sobre su salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control de cómo se utiliza su información de salud. Le entregamos un aviso escrito, llamado "Notificación de las Normas de Privacidad", que describe estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no puedan leer ni cambiar sus registros.
- Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información de salud a cualquier persona que no le esté brindando atención o pagando por ella, *debemos obtener su permiso por escrito ode alguien a quien usted haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted primero.*
- Existen ciertas excepciones en las que no estamos obligados a obtener permiso escrito de usted primero. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.
  - Estamos obligados a divulgar información médica a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
  - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar a Medicare su información médica, incluida información acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información con fines de investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones Federales; por lo general, esto requiere que la información que lo identifica de manera única a usted no sea compartida.

FINAL

Puede ver la información en sus registros y conocer de qué manera fue divulgada a otras personas

Usted tiene derecho a ver su historia clínica archivada en el plan y obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un arancel por hacer copias. También tiene derecho a solicitar que agreguemos información o que corrijamos su historia clínica. Si solicita esto, trabajaremos junto con su proveedor de atención médica para decidir si deben realizarse los cambios.

Usted tiene derecho a conocer cómo se divulgó su información médica a otras personas por cualquier motivo que no fuera de rutina.

Si tiene preguntas o dudas sobre la privacidad de su información médica protegida, llame al Servicio al Cliente.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL) está obligado a proporcionarle un Aviso de Prácticas de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, en inglés), así como un Aviso de Prácticas de Privacidad del Estado. En el Aviso de Prácticas de Privacidad de la HIPAA, se describe cómo BCBSIL puede utilizar o divulgar su información médica protegida y sus derechos a esa información conforme a la ley federal. En el Aviso de Prácticas de Privacidad Estatal, se describe cómo BCBSIL puede utilizar o divulgar su información financiera personal no pública y sus derechos sobre dicha información según la ley estatal. Tómese unos minutos y revise estos avisos. Le recomendamos que vaya al portal Blue Access for MembersSM (BAMSM), portal protegido para asegurados, en BCBSIL.com para registrarse y recibir estos avisos de forma electrónica. Nuestra información de contacto se puede encontrar al final de estos avisos.

FINAL

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA

Vigente desde el 01/10/2022

Esta sección explica los DERECHOS que tiene con respecto a su PHI y nuestras obligaciones con respecto a estos derechos.

Usted puede ejercer estos derechos mediante la presentación de una solicitud por escrito a nosotros; la información de contacto se encuentra al final de este aviso.

Derecho a solicitar una copia de su información médica protegida (PHI)	• Puede solicitar ver u obtener una copia de su PHI contenida en un conjunto de registros designados. • Tenemos 30 días para cumplir con su solicitud; sin embargo, podemos recibir 30 días adicionales si es necesario. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en los costos para cubrir los gastos de cumplir con su solicitud. • Podemos rechazar su solicitud en algunas situaciones. Le explicaremos el motivo de la denegación en la respuesta que le enviamos y usted tiene derecho a que se revise esta decisión.
Derecho a solicitar una enmienda a su PHI	• Puede solicitar una enmienda a su PHI en un registro designado si cree que es incorrecta o está incompleta. • Tenemos 60 días para responder a su solicitud; sin embargo, podemos disponer de 30 días adicionales si es necesario. • Podemos rechazar su solicitud, por ejemplo, si determinamos que su PHI es correcta y completa o que no creamos la PHI. Le explicaremos el motivo del rechazo en la respuesta que le enviamos y usted tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo.
Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales	• Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica o en una dirección alternativa. Estamos obligados a satisfacer solicitudes razonables; sin embargo, tenemos derecho a pedirle información sobre cómo se manejará su pago, así como detalles específicos sobre sus alternativas de comunicación.

FINAL

Derecho a solicitar que limitemos lo que podemos utilizar o compartir	• Puede solicitar que no compartamos ni utilicemos parte de su PHI para fines de tratamiento, pago y nuestras operaciones. • También puede solicitar que no compartamos parte de su PHI con familiares o amigos que puedan estar involucrados en su atención o a los fines de notificación, tal como se describe en este aviso. La solicitud debe ser específica e indicar el motivo de la restricción y a quién desea que se aplique la restricción. Podemos denegar su solicitud de restricción; sin embargo, debemos respetar su solicitud si la divulgación de su PHI está relacionada con (1) el pago o las operaciones de atención médica y no es exigida por ley, ni con (2) un artículo o servicio de atención médica que usted pagó en su totalidad. • Si aceptamos la solicitud de restricción, no podemos divulgar su PHI a menos que sea necesario divulgarla para un tratamiento de emergencia.
Derecho a solicitar una lista de personas o entidades que recibieron su Información de Salud Protegida (PHI, en inglés)	• Puede solicitar un informe de divulgaciones, que es una lista de todas las divulgaciones que realizamos durante los seis años anteriores a su fecha de solicitud. La lista no incluirá todas las divulgaciones realizadas para tratamiento, pago, operaciones de atención médica, así como un par de otras situaciones (los detalles sobre estas situaciones se describen más adelante en el aviso). • Puede solicitar 1 contabilidad en cualquier período de 12 meses; si solicita otras en este período, podemos cobrar una tarifa razonable basada en los costos. Se lo notificaremos antes de cobrarle; entonces podrá retirar o modificar su solicitud para evitar el cobro. • Tenemos 60 días para responder a su solicitud; sin embargo, disponemos de 30 días adicionales si es necesario.
Derecho a solicitar una copia del Aviso	• Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Para solicitar una copia, envíe su solicitud por escrito con la información de contacto al final de este aviso.
Elegir a alguien para que actúe en su nombre	• Si le otorgó un poder médico a alguien o si alguien es su tutor legal, esta persona puede actuar en su nombre y tomar decisiones por usted. • Confirmaremos que esta persona tiene derecho a actuar en su nombre antes de divulgar cualquier PHI.

FINAL

Derecho a presentar una queja	• Puede presentar una queja directamente con nosotros si cree que hemos violado sus derechos de privacidad mediante la información de contacto que aparece al final de este aviso. • También puede presentar una queja ante la Secretaría de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. llamando al 1-877-696-6775, visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints o enviando una carta a la siguiente dirección: 200 Independence Ave., SW, Washington, D.C. 20201. • No tomaremos ningún tipo de represalia contra usted por presentar una queja.

Esta sección explica cuándo debemos recibir su consentimiento antes de compartir su PHI.

Podemos compartir su PHI para estos fines con su consentimiento verbal o por escrito.	• Puede identificar a un familiar, amigo cercano u otra persona para ayudarlo con sus decisiones de atención médica; divulgaremos la PHI limitada necesaria para que esa persona lo ayude. (Si no puede dar su consentimiento y determinamos, según nuestro criterio profesional, que es lo mejor para usted, podemos usar o divulgar su PHI para ayudar a notificar a un miembro de la familia, a un representante personal u otra persona que pueda ayudarlo). • Por nuestros esfuerzos de recaudación de fondos.
No podemos utilizar ni divulgar su PHI para estos fines sin su consentimiento por escrito.	• Para realizar marketing o para nuestro beneficio financiero. • Divulgar notas de psicoterapia. Es posible que haya otros usos y divulgaciones de su PHI además de los mencionados que pueden requerir su autorización si la ley no permite o no solicita su uso o divulgación. Usted tiene derecho a revocar su autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que ya hayamos utilizado o divulgado su PHI en función de esa autorización inicial.

Esta sección describe las situaciones en las que las leyes federales nos permiten utilizar o compartir su PHI.

Aunque no es exhaustiva, le dará una buena idea de los tipos de usos y divulgaciones de rutina que hacemos.

FINAL

Administramos nuestra organización	• Podemos utilizar y divulgar su PHI para ayudarnos a administrar nuestras operaciones comerciales y cumplir nuestras obligaciones con nuestros clientes y miembros, por ejemplo, utilizamos la PHI para la inscripción, los programas de atención médica, las actividades relacionadas con la creación, renovación o reemplazo de un plan de salud, y desarrollo de servicios de atención médica de mejor calidad. (No podemos utilizar información genética para denegar o rechazar la cobertura de un plan de salud individual).
Pagamos sus servicios de salud	• Podemos utilizar y divulgar su información de salud para procesar sus reclamaciones y pagarle a su proveedor, por ejemplo, cuando compartimos información sobre usted para coordinar los beneficios entre su plan dental y nuestro plan médico.
Administrar su plan	• Podemos divulgar su información médica al patrocinador de su plan médico con fines de administración del plan, por ejemplo, si su empresa nos contrata para que le proporcionemos su plan de salud de grupo, es posible que necesitemos proporcionarles ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.
Administrar y apoyar la atención médica que recibe	• Podemos utilizar su PHI y compartirla con los profesionales de la salud que lo tratan, por ejemplo, cuando su proveedor nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.

Los siguientes son ejemplos de cuándo podemos usar o divulgar su PHI sin autorización y sin que usted pueda oponerse a su uso o divulgación.	
Actividades de supervisión sanitaria	• Estamos autorizados a divulgar PHI con fines de salud pública. Esto incluye divulgaciones a una autoridad de salud pública u otro organismo gubernamental que tenga la autoridad para recopilar y recibir dicha información (por ejemplo, la Administración de Alimentos y Medicamentos).
Actividades de supervisión sanitaria	• Podemos utilizar o divulgar su PHI en la medida en que lo exijan las leyes federales, estatales o locales para la supervisión sanitaria.

FINAL

Abuso, negligencia o amenaza grave a la salud o seguridad	• Podemos divulgar la PHI a una agencia gubernamental o a una autoridad de salud pública autorizada por la ley para recibir información sobre adultos y niños que son víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica. • También podemos divulgar la PHI si, según nuestra opinión profesional, es necesario prevenir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad pública; sin embargo, la PHI solo se puede divulgar a alguien que creemos razonablemente que puede prevenir o reducir la amenaza.
Investigación **Iniciativas**	• En ciertas situaciones, estamos autorizados a divulgar un conjunto limitado de datos para fines de investigación.
Requerido por la Secretaría de Salud y Servicios Humanos	• Es posible que se nos solicite divulgar la PHI a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos para que puedan determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la regla final relacionada con las Normas de Privacidad de la Información de Salud Individualmente Identificable.
Cumplir con la ley	• En algunas situaciones, es posible que las leyes federales, estatales o locales pertinentes nos exijan divulgar su PHI.
Donantes de órganos, forenses y directores de funerarias	• Si usted es donante de órganos, podemos divulgar su PHI a una organización de obtención de órganos si es necesario para facilitar la donación o el trasplante de órganos. • Podemos divulgar su PHI si es necesaria para que un examinador médico, un forense o un director de funeraria lleve a cabo tareas legalmente autorizadas.

FINAL

FINAL

AVISO ESTATAL DE PRIVACIDAD

Vigente desde el 01/10/2022

Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL) recopila información personal no pública sobre usted de su solicitud de seguro, reclamaciones de atención médica, información de pago y agencias de información al consumidor. Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL, en inglés) realizará lo siguiente:

- No divulgará esta información a ningún tercero no afiliado, incluso si su relación de cliente con nosotros termina, excepto con su consentimiento o según lo permita la ley.
- Restringirá el acceso a esta información solo a aquellos empleados que realizan las funciones necesarias para administrar nuestro negocio y proporcionar servicios a nuestros clientes.
- Mantendrá las prácticas de seguridad y privacidad que incluyen medidas de protección físicas, técnicas y administrativas para proteger esta información del acceso no autorizado.
- Solo utilizará esta información para administrar su cobertura de seguro, procesar sus reclamaciones, garantizar una facturación adecuada, proporcionarle Servicio al Cliente y cumplir con la ley.
- Solo compartirá esta información según lo requiera o permita la ley y, si es necesario, con los siguientes terceros:
  - afiliados de la empresa;
  - socios comerciales que prestan servicios en nuestro nombre (p. ej., gestión de reclamaciones, marketing y asistencia clínica);
  - agentes o corredores de seguros, empresas de servicios financieros, compañía de reaseguros para la reducción de pérdidas;
  - agencias reguladoras, gubernamentales y de orden público;
  - el Seguro de Gastos Médicos del Empleador.

Tiene derecho a preguntarnos qué información financiera no pública tenemos sobre usted y a solicitar una copia de esta.

CAMBIOS EN ESTOS AVISOS

Nos reservamos el derecho de cambiar las prácticas de privacidad descritas en estos avisos y hacer que las nuevas prácticas se apliquen a toda la PHI que mantenemos sobre usted. En caso de que hagamos un cambio, publicaremos los avisos revisados en nuestro sitio web. Siempre puede solicitar una copia en papel mediante la información de contacto que aparece a continuación. Según los cambios realizados en el Aviso, es posible que la ley aplicable nos exija enviarle una copia por correo.

FINAL

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA ESTOS AVISOS

Si desea obtener información general sobre sus derechos de privacidad o si desea una copia de estos avisos, visite http://www.bcbsil.com/legal-and-privacy/privacy-notice-and-forms. Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o desea ejercer un derecho descrito en el Aviso, puede comunicarse con nosotros a través de los siguientes medios:

Llame al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de asegurado o al 1-877-361-7594.

Escriba a: Executive Director,
Privacy Office
Blue Cross and Blue Shield of Illinois
P.O. Box 804836
Chicago, IL 60680-4110

REVISADO en agosto de 2022

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios incluidos

Como miembro de Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS), tiene derecho a recibir varios tipos de información de nosotros.

Si desea cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Servicio al Cliente:

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre nuestros proveedores y farmacias que forman parte de la red.** Tiene derecho a obtener información de nosotros sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red, y la forma en que nosotros pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir cuando utiliza su cobertura.** En los Capítulos 3 y 4, se proporciona información sobre los servicios médicos. En los Capítulos 5 y 6, se proporciona información sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre por qué algunos servicios no se encuentran cubiertos y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9, se proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de las razones por las que un servicio de atención no está cubierto o si su cobertura está

FINAL

restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

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

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las 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*.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre las mejores opciones de tratamiento para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene derecho a conocer todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar el costo ni si están cubiertas por nuestro plan. También incluye obtener información sobre programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y a utilizarlos con seguridad.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a conocer los riesgos que presenta su atención. Debe conocer anticipadamente si cualquier atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tendrá la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Decir "no".** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar el hospital u otro centro médico, aun si el médico le recomienda no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar los medicamentos, deberá aceptar toda la responsabilidad por lo que le pueda suceder a su cuerpo como resultado.

Tiene derecho a dejar instrucciones sobre qué se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces, los pacientes están incapacitados para tomar decisiones sobre su atención médica a causa de un accidente o una enfermedad seria. Usted tiene derecho a decidir qué quiere que suceda si se encuentra en una de estas situaciones. Esto significa que, *si usted lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgar **poder legal a otra persona para que ella tome decisiones médicas por usted** si en algún momento usted está incapacitado para tomar esas decisiones.
- **Entregar instrucciones escritas a sus médicos** acerca de cómo quiere que ellos lleven a cabo su atención médica si llega a estar incapacitado para tomar esas decisiones.

Los documentos legales que puede usar para dar instrucciones por anticipado en estas situaciones se denominan "**directivas anticipadas**". Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos llamados "**testamentos vitales**" y "**poder notarial para atención médica**" son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea definir sus instrucciones en una "directiva avanzada", usted deberá realizar lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucción anticipada de su abogado, de un trabajador social o de algunos comercios que venden suministros para oficinas. A veces, puede obtener un formulario de directivas anticipadas de organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare. También puede comunicarse con el Servicio al Cliente para pedir los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar de donde obtenga este formulario, recuerde que es un documento legal. Usted debe considerar obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregar copias a las personas correspondientes.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que usted designe en el formulario que puede tomar decisiones por usted en caso de que usted no pueda hacerlo. Si lo desea, tal vez puede entregar copias a amigos cercanos o a miembros de la familia. Conserve una copia en su hogar.

Si usted sabe anticipadamente que necesita estar internado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia con usted al hospital**.

- El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de instrucción anticipada y si lo tiene consigo.
- Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde que usted decide si desea completar una directiva anticipada o no (incluso si desea firmar una mientras se encuentra en el hospital). Las leyes establecen que nadie le puede denegar atención médica ni discriminarlo en función de su decisión de firmar o no una directiva anticipada.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una instrucción anticipada y considera que un médico u hospital no siguió sus instrucciones, podrá presentar una queja ante el Departamento de Salud Pública de Illinois.

FINAL

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica qué puede hacer. Independientemente de lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar un queja), **estamos obligados a tratarlo justamente.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que sus derechos no son respetados?

Si se trata de un acto de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si usted cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados por motivos de raza, discapacidad, creencia religiosa, sexo, estado de salud, grupo étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual, o nacionalidad, deberá llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019, por TTY al 1-800-537-7697, o llamar a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si es por otro motivo

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, *y no* por discriminación, puede obtener ayuda con su problema:

- Puede **llamar al Servicio al Cliente**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para conocer detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Puede obtener más información sobre sus derechos en varios lugares:

- Puede **llamar al Servicio al Cliente**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Derechos y Protecciones de Medicare". (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).

- O puede llamar al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan

A continuación, se enumeran los pasos que debe seguir como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio al Cliente.

- **Familiarícese con sus servicios incluidos y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios incluidos.** Use este documento de *Evidencia de Cobertura* para conocer los servicios que tiene cubiertos y las normas que debe seguir para obtener dichos servicios incluidos.
  - En los Capítulos 3 y 4, se brindan detalles sobre sus servicios médicos.
  - En los Capítulos 5 y 6, puede encontrar detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o de medicamentos recetados además de nuestro plan, le solicitamos que nos lo informe.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Presente su tarjeta de asegurado de la cobertura cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a que lo ayuden brindándoles información, haciéndoles preguntas y realizando un seguimiento de su atención.**
  - Para ayudarlo a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y a otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
  - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar para obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúen de manera que ayuden a que las actividades en el consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios se desarrollen de manera ordenada.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
  - Debe pagar las primas de su plan.

FINAL

  - Debe seguir pagando una prima por su Parte B de Medicare para seguir siendo asegurado del plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio.
- **Si se muda *dentro de* nuestra área de servicios, debe informarnos** para que podamos mantener el documento que lo acredita como asegurado actualizado y saber cómo contactarlo.
- **Si se muda *fuera* del área de servicios de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

FINAL

CAPÍTULO 9:

¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

FINAL

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene algún problema o inquietud

En este capítulo se describen dos tipos de procesos para tratar problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, usted deberá recurrir al **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones.**
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas, también denominadas inconformidades**

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que deben ser seguidos por nosotros y por usted.

En la guía de la Sección 3, encontrará ayuda para identificar el proceso que corresponde usar.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

En algunas normas, procedimientos y tipos de fechas límites explicados en este capítulo, se utilizan términos técnicos legales. La mayoría de las personas no conocen estos términos y pueden resultar difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo usa lo siguiente:

- Usa palabras sencillas en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se usa la frase “presentar una queja” en lugar de “presentar una inconformidad”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de cobertura” o “determinación en riesgo” y “organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”.
- También se utiliza la menor cantidad de abreviaciones posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces bastante importante, que usted conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Conocer los términos que se deben utilizar lo ayudará a comunicarse con mayor claridad y precisión cuando deba tratar su problema y obtener la ayuda y la información correspondientes para su situación. Para ayudarle a saber cuáles términos utilizar, hemos incluido los términos legales en las definiciones para tratar ciertos tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para prestarle asistencia. Incluso si tiene una queja sobre nuestro tratamiento para con usted, estamos obligados a honrar su derecho

a quejarse. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el Servicio al Cliente para obtener ayuda. Pero, en algunas situaciones, también le convendrá solicitar asistencia u orientación a otras fuentes no relacionadas con nosotros. A continuación, se muestran dos entidades que pueden ayudarlo.

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP, en inglés)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa le pueden ayudar a decidir qué proceso debe utilizar para tratar cualquier problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, brindar más información y ofrecer asesoramiento sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Comuníquese con Medicare:

- 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.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar sus problemas?

Si tiene algún problema o duda, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente guía le ayudará.

¿Su problema o duda están relacionados con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas para determinar si ciertos servicios de atención médica o medicamentos con receta| están cubiertos o no, la modalidad de dicha cobertura y problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta.

Sí.

Continúe con la próxima sección de este capítulo, la **Sección 4, "Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones".**

No.

Salte a la **Sección 10** al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja por la calidad de atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otros problemas".**

FINAL

DECISIONES Y APELACIONES DE LA COBERTURA

SECCIÓN 4 Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: generalidades

El proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones sirve para abordar problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de medicamentos con receta, incluidos los problemas asociados con el pago. Este es el proceso que debe utilizar para saber si un servicio está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre la suma que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo deriva a un especialista médico, se trata de una decisión de cobertura (favorable) para usted siempre que reciba atención médica de él o si su médico de la red lo deriva a un especialista médico. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de que cubriremos un servicio médico particular o si se niega a proporcionarle la atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si necesita saber si cubrimos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitar una decisión de cobertura para su caso. Una decisión de cobertura inicial para usted. Si su plan rechaza la cobertura que se le solicita en la determinación avanzada, su plan debe emitir un aviso de rechazo estandarizado que le informe a usted o a su médico sobre su derecho a apelar esta decisión. En circunstancias limitadas, se descartará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de cuándo se descartará una solicitud, se incluyen casos en los que la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud para una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se descartó la solicitud y cómo se puede solicitar una revisión de la denegación.

Tomamos una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos qué servicios están cubiertos para usted y cuánto debemos pagar. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que ya no se encuentra cubierto por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentación de una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un servicio, y usted no está satisfecho, puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, que trataremos más adelante, puede solicitar una "decisión de cobertura rápida" o acelerada de una decisión de cobertura. Otros revisores, que no son los que tomaron la decisión desfavorable original, son los encargados de manejar su apelación.

El proceso de apelar una decisión por primera vez, se denomina Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para verificar que estemos cumpliendo con todas las normas correctamente. Una vez que completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En circunstancias limitadas, se descartará una Apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de cuándo se descartará una solicitud, se incluyen casos en los que la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si descartamos una solicitud de Apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se descartó la solicitud y cómo se puede solicitar una revisión de la denegación.

Si no descartamos su caso, pero le denegamos de forma total o parcial su apelación de Nivel 1, puede solicitar una apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 es conducida por una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros. (Las apelaciones por servicios médicos y medicamentos de la Parte B se enviarán automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2; no es necesario que haga nada. Para las apelaciones por medicamentos de la Parte D, si rechazamos la totalidad o parte de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. En la Sección 6 de este capítulo se analizan las apelaciones de la Parte D con más detalle). Si no está de acuerdo con la decisión sobre la apelación de Nivel 2, podrá recurrir a niveles adicionales de apelación. (En la Sección 9 de este capítulo, se explican los Niveles 3, 4 y 5 de los procesos de apelaciones).

Sección 4.2 Cómo obtener asistencia cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

Estos son los recursos que puede usar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos al Servicio al Cliente**.
- **Puede obtener ayuda gratuita** del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico lo ayuda con una Apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su

representante. Llame al Servicio al Cliente y solicite el formulario de "Nombramiento del Representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en getblueil.com/mapd).

  - Para la atención médica o los medicamentos con receta de Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación en el Nivel 1, se derivará en forma automática al Nivel 2.
  - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona que receta pueden solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su Apelación de Nivel 1, su médico o persona que receta puede solicitar una Apelación de Nivel 2.

- **Puede pedirle a otra persona que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su “representante” a fin de solicitar una decisión de cobertura o 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 Cliente y solicite el “Formulario para Nombramiento del Representante”. (El formulario también está disponible en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web getblueil.com/mapd.) El formulario otorga a esa persona permiso para actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que actuará en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
  - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, solo podremos comenzar o completar nuestra revisión cuando lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días naturales después de haber recibido su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será destituida. En caso de que esto suceda, 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.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede contratar a su propio abogado o pedir el nombre de un abogado en la asociación de abogados local u otro servicio de remisiones. También existen grupos que ofrecen servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **usted no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

FINAL

Sección 4.3 ¿En qué parte de este capítulo se brindan detalles para su situación?

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que involucran apelaciones y decisiones de cobertura. Dado que cada situación tiene normas y fechas límites diferentes, le damos los detalles de cada una en una sección diferente:

- **Sección 5** de este capítulo: "Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitarnos una cobertura más prolongada por la estadía en un hospital de un paciente internado si considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que la cobertura finaliza demasiado pronto” (*Esta sección se aplica solo a los siguientes servicios*: atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes no hospitalizados [CORF, en inglés]).

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame al Servicio de Atención al Cliente. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como SU SHIP.

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 5.1 En esta parte se describen los pasos a seguir si tiene algún problema para obtener la cobertura de atención médica o si usted debe solicitar un reintegro por nuestra parte del costo de su atención

En esta sección, se describen sus beneficios por atención médica y servicios. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar*). Para simplificar, generalmente nos referimos a "cobertura de atención médica" o "atención médica", lo cual incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes normas para solicitar un medicamento con receta de Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las normas para los medicamentos con receta de Parte B son diferentes de las normas para los artículos y servicios médicos.

FINAL

En esta sección, se describe qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. Usted no recibe la atención médica que desea y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea administrarle y usted considera que esta atención está cubierta por el plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Ha recibido atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan, pero le hemos informado que no pagaremos por esta atención. **Presentación de una apelación. Sección 5.3.**
4. Ha recibido y pagado por la atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan y desea solicitar a nuestro plan el reembolso por esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5**
5. Le han informado que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo (previamente aprobada por nosotros) será reducida o cancelada y considera que eso podría perjudicar su salud. **Presentación de una apelación. Sección 5.3**

   Nota:Si la cobertura que se va a interrumpir es por servicios de atención en el hospital, atención médica en el hogar, atención en centros de enfermería especializada, servicios en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF, en inglés), debe leer las Secciones 7 y 8 de este Capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura afecta su atención médica, nos referimos a una **“determinación de organización”.** Una “decisión de cobertura rápida” se denomina una **“determinación acelerada”.**

<u>Paso 1:</u> Decida si necesita una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

Una "decisión de cobertura estándar" generalmente se toma dentro de los 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una "decisión rápida sobre la cobertura" generalmente se toma dentro de las 72 horas, para servicios de

atención médica o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:

- *Solo puede solicitar* cobertura para la atención médica *que aún no ha recibido*.
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si al aplicar las fechas límite estándar, *su salud o su capacidad de funcionar resultan perjudicadas*.
- **Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente acordaremos otorgarle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si usted mismo solicita una decisión de cobertura rápida, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que le otorguemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta con las siguientes características:
  - Explica que usaremos las fechas límite estándares
  - Explica que si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente tomaremos una decisión de cobertura rápida
  - Explica que puede presentar una "queja rápida" acerca de nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

<u>Paso 2:</u> Solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, enviar una carta o un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o que le brindemos la cobertura por la atención médica que usted desea. Esto lo puede hacer usted, su médico o su representante. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

<u>Paso 3:</u> Consideramos su solicitud por cobertura de atención médica y le informamos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar, usamos las fechas límite estándares.

Significa que le comunicaremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario tras recibir su solicitud **de un artículo o un servicio médico.** Si su solicitud es por un **medicamento con receta de Medicare Parte B**, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita una extensión del plazo o si necesitamos más información que lo puede beneficiar: **Podemos tomarnos hasta 14 días más** si su solicitud es de un artículo o un servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de Medicare Parte B.

- Si considera que no debemos extender el plazo, puede presentar una "queja rápida". Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso que se utiliza para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre los reclamos).

Para las decisiones de cobertura rápida, utilizaremos un plazo acelerado

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 72 horas si su solicitud es para un elemento o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento con receta de Medicare Parte B, le responderemos dentro de las 24 horas.

- **Sin embargo**, si solicita una extensión del plazo o si necesitamos más información que lo puede beneficiar, **podemos tomarnos hasta 14 días más**. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si cree que no deberíamos tardar más días, puede presentar una "queja rápida" (consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa.

Paso 4: Si nuestra respuesta a su solicitud de cobertura por atención médica es negativa, decidirá si desea presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es No, tiene el derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que desea. Presentar una apelación significa que su caso se trasladará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación presentada ante el plan por una decisión de cobertura de atención médica se llama **"reconsideración".** Una "apelación rápida" también se denomina **"reconsideración acelerada".**

<u>Paso 1:</u> Decida si necesita una "apelación estándar" o una "apelación rápida".

Una "apelación estándar" generalmente se realiza dentro de los 30 días. Una "apelación rápida" generalmente se realiza dentro de las 72 horas.

- Si usted apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una "apelación rápida". Si su médico nos informa que su salud requiere una "apelación rápida", le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida" detallados en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite una apelación o una apelación rápida a nuestro plan

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito**; en el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Si solicita una apelación estándar rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que aparece en el aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberla cumplido, explique la razón del retraso de su apelación cuando la realice. Es posible que le demos más tiempo para hacer su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones, se pueden incluir los siguientes: tiene una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden darnos más información para apoyar su apelación.**

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, examinamos detalladamente toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Posiblemente nos contactaremos con usted o su médico para recopilar más información, en caso de ser necesario.

Plazos para una "apelación rápida"

- Si solicita una apelación rápida, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
  - Sin embargo, si usted solicita una extensión o si necesitamos reunir más información que lo puede beneficiar, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No

podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento con receta de Medicare Parte B.
  - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final de la extensión del plazo si tomamos días adicionales), estamos obligados a trasladar su solicitud en forma automática al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que se someterá a revisión por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es total o parcialmente afirmativa**, debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos acordado dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es total o parcialmente negativa**, le enviaremos en forma automática su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La Organización de Revisión Independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si solicita una apelación estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su solicitud. Si su solicitud es por un medicamento con receta de Medicare Parte B que aún no recibió, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos sobre nuestra decisión en un plazo menor si la condición de su salud lo requiere.
  - Sin embargo, si usted solicita una extensión o si necesitamos reunir más información que lo puede beneficiar, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de Medicare Parte B.
  - Si considera que no debemos extender el plazo, puede presentar una "queja rápida". Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre los reclamos).
  - Si no le damos una respuesta dentro de la fecha límite (o al final del período extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, en la que una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es total o parcialmente afirmativa,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos dentro de los 30 días calendario cuando la solicitud es por un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** cuando la solicitud es por un medicamento con receta de Medicare Parte B.

FINAL

- **Si nuestra respuesta a su solicitud es parcial to totalmente negativa**, enviaremos en forma automática su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se presenta una Apelación de Nivel 2

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces se la denomina **"IRE" (por sus siglas en inglés).**

La **Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina "archivo de caso". **Usted tiene el derecho de pedirnos una copia de su archivo de caso**. Se nos permite cobrarle una tarifa por copiar y enviar esta información.
- Tiene derecho a brindar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una "apelación rápida" en el Nivel 1, también tendrá una "apelación rápida" en el Nivel 2

- La organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** a partir de la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La Organización de Revisión Independiente 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 estándar" en el Nivel 1, también tendrá una "apelación estándar" en el Nivel 2

- Para la apelación estándar, si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** a partir de la recepción de su apelación. Si su solicitud es por un medicamento con receta de Medicare

Parte B, la organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.

- Sin embargo, si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento con receta de Medicare Parte B.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le informa su respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le informará su decisión por escrito junto con las razones que la justifican.

- **Si la respuesta de la organización revisora a su solicitud de un artículo o servicio médico es total o parcialmente afirmativa,** debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o proporcionar el servicio dentro de los 14 días calendario a partir de la recepción de la decisión de la organización revisora para las solicitudes estándar. Para solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización revisora acepta total o parcialmente una solicitud de un medicamento con receta de Medicare Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización revisora para **las solicitudes estándar. Para las solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es total o parcialmente negativa**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”). En este caso, la Organización de Revisión Independiente le enviará una carta:
  - Que explicará su decisión.
  - Que notificará sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de la atención médica que solicita cumple con el mínimo determinado. Mediante el aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente, se le informará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
  - Que le informará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

FINAL

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea continuar con el proceso de apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si decide presentar una apelación de Nivel 3, revise los detalles de cómo proceder que se incluyen en el aviso escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2.
- La Apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo, encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si usted nos solicita que le reintegremos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por atención médica?

En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las que usted puede necesitar pedir 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.

Solicitar un reembolso significa que nos está solicitando una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación para solicitar un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que usted pagó es un servicio incluido. También verificaremos si usted cumplió con todas las normas para usar su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud**: si la atención médica está incluida y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario tras recibir su solicitud. O, si no pagó por los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:**Si la atención médica *no* está cubierta o si usted *no* cumplió con todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos los servicios y los motivos por los cuales no pagaremos.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **usted podrá presentar una apelación.** Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 5.3. En el caso de las apelaciones relacionadas con los reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si solicita un reintegro por atención médica que usted mismo ya ha recibido y pagado, no podrá solicitar una apelación rápida.

- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, deberemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago solicitado en un plazo de 60 días naturales.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 En esta parte se describen los pasos a seguir si usted tiene algún problema para obtener un medicamento Parte D o si usted debe solicitar un reintegro por un medicamento Parte D

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada. Para obtener detalles sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección se refiere solamente a sus Medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente usamos el término “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D”. También utilizamos el término “Lista de Medicamentos” en lugar de “Lista de medicamentos incluidos” o “Formulario”.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de que nosotros los cubramos.
- Si su farmacia le comunica que su receta médica no puede adquirirse tal como se indica, la farmacia le entregará un aviso por escrito para que se comunique con nosotros y solicite una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Parte D se denomina **“determinación de cobertura”.**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección describe qué puede hacer si usted se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Solicitud de cobertura para un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos Incluidos* del plan.**Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar que renunciemos a una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (por ejemplo, límites para la cantidad del medicamento que usted puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar el pago de un monto de gastos compartidos menor por un medicamento en un nivel de gastos compartidos superior. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Cómo solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pago de un medicamento con receta que ya compró. **Solicitar que le rembolsemos dinero. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Solicitar cobertura de un medicamento que no esté en la Lista de medicamentos a veces se denomina solicitar una **“excepción de formulario”.** Solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una **“excepción de formulario”.** Solicitar pagar un precio menor por un medicamento no preferido cubierto a veces se denomina solicitar una **“excepción de categoría”.**

Si un medicamento no está cubierto de la forma en que desea que se cubra, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Cuando solicita una excepción, su médico u otra persona que receta deberá explicar las razones médicas que justifiquen por qué necesita que se apruebe la excepción. A continuación, detallamos tres 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 esté en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está incluido

FINAL

en la Lista de medicamentos, usted deberá pagar el monto de gastos compartidos que aplica a los medicamentos de marca o genéricos. No puede solicitar una excepción por el monto de los gastos compartidos que requerimos que pague por el medicamento.

2. **Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento incluido.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y renunciar a una restricción aplicada a su caso, usted podrá solicitar una excepción por el monto del copago o coseguro que le exigimos que pague por el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a una categoría de costo compartido menor.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se incluyen en uno de los 5 niveles de gastos compartidos. En general, cuanto menor sea la categoría de costo compartido, menor será la parte que deberá pagar por el costo del medicamento.

- Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en una categoría de costo compartido menor que su medicamento, nos puede solicitar que cubramos el medicamento por el monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
    - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento con un monto menor de gastos compartidos. Este sería el costo de nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
    - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por la suma de costo compartido que se aplica a la categoría más baja que contiene alternativas de marca para el tratamiento de su afección.
    - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por la suma de costo compartido que se aplica a la categoría más baja que contiene alternativas de marca o genéricas para el tratamiento de su afección.
    - No puede solicitarnos que cambiemos la categoría de costo compartido para los medicamentos en [insert tier number and name of tier designated as the high-cost/unique drug tier.
    - Si nosotros aprobamos su pedido para una excepción de nivel y hay más que una categoría de gastos compartidos menores con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto menor.

FINAL

Sección 6.3 Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones

Su médico debe especificar las razones médicas

Su médico u otro recetador deben entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico o de otro recetador cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una condición en particular. A estas diferentes posibilidades se las denomina medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo podría tener la misma eficacia que el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos colaterales ni otros problemas de salud, generalmente, *no* aprobaremos la solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de categoría, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que los medicamentos alternativos de las categorías más bajas de gastos compartidos no le resulten efectivos o es probable que causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos responder afirmativa o negativamente a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud para una excepción, por lo general, nuestra aprobación es válida hasta el final del año del plan. 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 condición.
- Si respondemos negativamente a su solicitud, puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Términos legales
Una "decisión de cobertura rápida" se denomina **"determinación de cobertura acelerada"**.

Paso 1: Decida si necesita una "decisión de cobertura estándar" o una "decisión de cobertura rápida".

Las **"Decisiones de cobertura estándar"** se toman en un plazo de **72 horas** tras recibir la declaración de su médico. Una **"Decisión de cobertura rápida"** significa que le informaremos nuestra respuesta dentro de las **24 horas** después de haber recibido la declaración de su médico.

Si su salud así lo requiere, solicítenos que le otorguemos una "decisión de cobertura rápida". **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**

- Debe solicitar un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si está solicitando un reintegro por un medicamento que ya compró).
- El uso de las fechas límite estándares puede causar graves daños a su salud o dañar su capacidad de funcionar.
- Si su médico u otra persona que receta nos informa que su estado de salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos tomar una decisión de cobertura rápida.
- Si usted mismo solicita una decisión de cobertura rápida, sin el respaldo de su médico o de la persona que receta, decidiremos si su estado de salud requiere que le otorguemos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta con las siguientes características:
  - Explica que utilizaremos las fechas límite estándares.
  - Explica que, si su médico u otra persona que receta solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente tomaremos una decisión de cobertura rápida.
  - Indica cómo puede presentar una "queja rápida" acerca de nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos su reclamo dentro de las 24 horas de la recepción.

<u>Paso 2:</u> Solicitar una "decisión de cobertura estándar" o una "decisión de cobertura rápida".

Comience por llamar, enviar una carta o un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o que le brindemos la cobertura por la atención médica que usted desea. Usted también puede acceder al proceso para decisiones de cobertura mediante nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluidas las solicitudes presentadas en el Formulario de Solicitud para la Determinación de Cobertura CMS o en el formulario de nuestro plan, el cual está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamación rechazada se está apelando.

Esto lo puede hacer usted, su médico (u otra persona que receta) o su representante. Usted también puede buscar a un abogado que actúe en su nombre. En la Sección 4

FINAL

de este capítulo, se explica cómo puede conceder un permiso escrito a una persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la "declaración de respaldo"**, que corresponde a las razones médicas para la excepción. Su médico u otro recetador pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Como alternativa, su médico u otro recetador nos puede comunicar las razones por teléfono y luego enviar la declaración escrita por fax o correo, de ser necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le informamos nuestra respuesta.

Plazos para una "decisión de cobertura rápida"

- Generalmente, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de **24 horas** después de recibir su solicitud.
  - Si solicita una excepción, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise.
- **Si aprobamos parte o todo lo que solicitó,** debemos **proporcionar la cobertura** que hemos aceptado en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si no aprobamos parte o todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar con respecto a un medicamento que usted todavía no ha recibido

- Generalmente, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de **72 horas** después de recibir su solicitud.
  - Si solicita una excepción, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise.
- **Si aprobamos parte o todo lo que solicitó**, debemos **proporcionar la cobertura** que hemos aceptado en un plazo de **72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.

FINAL

- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una "Decisión de cobertura estándar" con respecto a un pago por un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise.
- **Si aprobamos parte o todo lo que usted solicitó**, también estamos obligados a pagarle en un plazo de 14 días calendario después de que recibimos su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede apelar.

- Si nuestra respuesta es No, tiene el derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Presentar una apelación significa que su caso se trasladará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan por una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina **"redeterminación" de la cobertura. Una "apelación rápida" también se denomina "redeterminación acelerada".**

Paso 1: Decida si necesita una "apelación estándar" o una "apelación rápida".

Una "apelación estándar" generalmente se realiza dentro de los 7 días. Una "apelación rápida" generalmente se realiza dentro de las 72 horas. Si su estado de salud lo requiere, solicite una "apelación rápida"

· Si está apelando una decisión que tomamos por un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otra persona que recete deberán decidir si requiere una "apelación rápida".

· Los requisitos a fin de obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida" detallados en la Sección 6.4 de este capítulo.

<u>Paso 2:</u> Usted, su representante, médico u otra persona que receta deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de nivel 1. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, usted deberá solicitar una "apelación rápida".

- · **En el caso de las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** [Si el plan acepta solicitudes orales de apelaciones estándar, inserte lo siguiente: o llámenos]. En el Capítulo 2 aparece la información de contacto.

  · **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al [plandata.ms_phone]**. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

- · **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluidas las solicitudes presentadas en el Formulario de Solicitud para la Determinación de Cobertura Modelo CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.

  · [Los planes que permiten a los miembros presentar solicitudes de apelación de manera electrónica (por ejemplo, un portal seguro para asegurados) pueden incluir una breve descripción de ese proceso].

  · **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que aparece en el aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberla cumplido, explique la razón del retraso de su apelación cuando la realice. Es posible que le demos más tiempo para hacer su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones, se pueden incluir los siguientes: tiene una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

  · **Usted puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información**. Usted y su médico pueden darnos más información para apoyar su apelación. [Si se cobra un cargo, inserte: Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.]

<u>Paso 3:</u> Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- · Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es probable que nos comuniquemos con usted o su médico u otro recetador para obtener más información.

FINAL

Plazos para una "apelación rápida"

· Si solicita una apelación rápida, le responderemos **en un plazo de 72 horas tras recibir su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.

o Si no le informamos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas, deberemos transferir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

· **Si aprobamos parte de o todo lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que aceptamos en un plazo de 72 horas tras recibir su apelación.

· **Si no aprobamos una parte o todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una "apelación estándar" correspondiente a un medicamento que todavía no recibió

· En el caso de las apelaciones estándar, debemos responderle **en un plazo de 7 días calendario** tras recibir su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud lo requiere.

o Si no le informamos nuestra decisión en un plazo de 7 días calendario, deberemos transferir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- · **Si aprobamos parte o todo lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que aceptamos tan rápidamente como sea necesario para su salud, **en un plazo de 7 días calendario** como máximo tras recibir su apelación.

· **Si no aprobamos una parte o todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para presentar una "Apelación estándar" con respecto a un pago por un medicamento que usted ya compró

· Debemos responderle **en un plazo de 14 días calendario** tras recibir su solicitud.

o Si no cumplimos con esta fecha límite, deberemos transferir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise.

· **Si aprobamos parte o todo lo que solicitó**, también estamos obligados a pagarle en un plazo de 30 días calendario tras recibir su solicitud.

· **Si no aprobamos parte o todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

· Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces se la denomina **"IRE" (por sus siglas en inglés).**

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico o la persona que receta) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- · Si rechazamos su apelación de Nivel 1, en el aviso por escrito que le enviaremos, se incluirán **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. En estas instrucciones, se le indicará quién puede presentar esta Apelación de Nivel 2, las fechas límite que se establecen y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación "en riesgo" conforme a nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- · Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina "archivo de caso". **Usted tiene el derecho de pedirnos una copia de su archivo de caso**. Se nos permite cobrarle una tarifa por copiar y enviar esta información.

  · Tiene derecho a brindar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.

FINAL

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una "apelación rápida"

· Si su estado de salud lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una "apelación rápida".

· Si la organización decide otorgarle una "apelación rápida", esta deberá responder su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** tras la recepción de su solicitud de apelación.

Fechas límite para una "apelación estándar"

· En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión deberá informarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** luego de recibir su apelación si se debe a un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita un reintegro por un medicamento que ya ha comprado, la organización de revisión deberá informarle la respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud

Paso 3: La Organización de Revisión Independiente le informa su respuesta.

- ***Para "apelaciones rápidas":***

  · **Si la respuesta de la Organización de Revisión Independiente para su solicitud es afirmativa parcial o totalmente**, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada por la organización de revisión **dentro de las 24 horas** posteriores a nuestra recepción de la decisión de la organización de revisión.

  Para "apelaciones estándar":

  Si la Organización de Revisión Independiente aprueba la totalidad o una parte de su solicitud de cobertura, debemos proporcionarle la cobertura por medicamentos aprobada por la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** tras recibir la decisión de la organización de revisión.
  Si la Organización de Revisión Independiente aprueba la totalidad o una parte de su solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, debemos enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario tras recibir la decisión de la organización de revisión.
  ¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

  Si la respuesta de dicha organización a su apelación es **total o parcialmente** negativa, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se denomina "mantener la decisión". También se llama "rechazar su apelación"). En este caso, la Organización de Revisión Independiente le enviará una carta:

· Explicación de su decisión.

· Notificación sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un estándar mínimo determinado. Si el valor dólar de la cobertura del medicamento que solicita es muy bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión tomada en el nivel 2 será definitiva.

· Indicación del valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de las apelaciones.

Paso 4: **Si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea continuar con el proceso de apelación.**

· Existen tres niveles adicionales en el proceso de las apelaciones después del Nivel 2 (de un total de cinco niveles de apelaciones).

· Si decide presentar una apelación de Nivel 3, revise los detalles de cómo proceder que se incluyen en el aviso por escrito que recibió después de la apelación de Nivel 2.

· La apelación de Nivel 3 la gestiona un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo, encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en el hospital más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho de recibir todos los servicios de hospital cubiertos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su internación cubierta en el hospital, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que reciba el alta. También lo ayudarán a coordinar la atención que podrá requerir después del alta.

- El día en que usted se retira del hospital se denomina la "**fecha de alta**".
- Cuando se haya determinado su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la informarán.
- Si considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una internación en el hospital más prolongada y su solicitud será considerada.

Sección 7.1 Durante su internación en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le informan sus derechos

En un plazo de dos días después de su internación cubierta en el hospital, recibirá un aviso escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos.* Todas las

personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un encargado del caso o un enfermero), pregúntele a cualquier empleado del hospital. También puede llamar al Servicio al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

1. **Lea este aviso cuidadosamente y haga preguntas si no lo comprende.** Le indica:
   - Su derecho de recibir servicios incluidos por Medicare durante y después de su internación en el hospital, según lo indicado por su médico. Esto incluye su derecho a conocer en qué consisten esos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en un hospital.
   - Dónde presentar sus inquietudes con respecto a la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** a la decisión de su fecha de alta del hospital si considera que esta decisión es muy repentina. Es una manera formal y legal de solicitar una demora de su fecha de alta para que se extienda su cobertura de atención hospitalaria.
2. **Se le solicitará firmar el aviso escrito como acuse de recibo y para demostrar que comprende sus derechos.**
   - Usted u otra persona que actúe en su nombre deben firmar el aviso.
   - Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. Firmar el aviso ***no* significa** que usted está de acuerdo con una fecha de alta.
3. **Conserve su copia** del aviso para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud por la calidad de atención) en caso de necesitarla.
   - Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha del alta hospitalaria, recibirá otra copia antes de que le programen el alta.
   - Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar al Servicio al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede verlo en línea ingresando a www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que extendamos el plazo de cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados, deberá recurrir al proceso de apelaciones para presentar

esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y las fechas límites.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio al Cliente. O llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP, en inglés), una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico para su caso.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el Gobierno federal que controlan y ayudan a mejorar la calidad de la atención médica de personas con Medicare. Esto incluye analizar las fechas de alta del hospital de los beneficiarios de Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que usted recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le informa cómo puede comunicarse con esta organización. (Para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, también puede consultar el Capítulo 2, Sección 4).

Actúe rápidamente:

- Para presentar la apelación, usted debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad *antes* de retirarse del hospital y **a más tardar a la medianoche de su fecha de alta programada**.
  - **Si cumple este plazo**, podrá permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por la estadía* mientras espera la decisión de su apelación de la Organización de Mejoramiento de Calidad.
  - **Si *no* cumple con esta fecha límite** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, *deberá pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta programada.
- Si usted no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad y aún desea presentar su apelación, deberá presentar en cambio la apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener más detalles acerca de esta otra forma de hacer su apelación, consulte la Sección 7.4.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunicará con

nosotros. Para el mediodía del día después de que nos comuniquemos con nosotros, le daremos una **notificación detallada del alta**. En este aviso, se indica la fecha planificada para el alta y se explican en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (médicamente adecuado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

- Puede obtener una muestra de la **notificación detallada de alta** si llama a Servicio al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un modelo del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (a quienes llamaremos "los revisores") le consultarán a usted (o a su representante) las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, consultarán a su médico y analizarán nuestra información y la del hospital.
- Para el mediodía del día después de que los revisores nos informen acerca de su apelación, usted recibirá un aviso escrito que le proporcionará su fecha programada de alta médica. Este aviso también explica en detalle las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente adecuado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de haber recibido toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le proporcionará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la respuesta a su apelación de la organización revisora es *afirmativa*, **debemos continuar cubriendo sus servicios hospitalarios para pacientes internados por el tiempo que estos servicios sean de necesidad médica.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones para sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta a su apelación de la organización revisora es *negativa*, significa que su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Si este es su caso, **nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** el mediodía de la fecha *después* de que la Organización de Mejoramiento de Calidad le informe la respuesta de su apelación.
- Si la respuesta de la organización revisora a su apelación es *negativa* y usted decide permanecer internado en el hospital, **usted deberá pagar el costo total** de la atención hospitalaria que usted recibe a partir de las 12 del mediodía del día después de que la Organización de Mejoramiento de Calidad le informe la respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad dio una respuesta *negativa* a su apelación, *y* usted continúa internado en el hospital después de la fecha de alta programada, podrá presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que su caso se trasladará al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicitará a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que analice nuevamente la decisión que tomó en su primera 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.

Paso 1: Debe contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicitar otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad contestó *negativamente* a su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si usted permanece en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad efectúa una segunda revisión de su caso.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud para una revisión de Nivel 2, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión por su apelación y le informarán su decisión.

Si la respuesta de la organización de revisión es afirmativa:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió a partir del mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización de Mejoramiento de Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados, siempre que sea médicamente necesario**.
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos, y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización de revisión es negativa:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1. Esto se denomina “confirmar la decisión”.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si continuará su apelación en el Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si decide presentar una apelación de Nivel 3, revise los detalles de cómo proceder que se incluyen en el aviso escrito que recibió después de decisión de apelación de Nivel 2.
- La Apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si usted no cumple con la fecha límite para hacer su apelación de Nivel 1?

Término legal
Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina **"apelación acelerada".**

Puede presentar una apelación

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para iniciar su apelación de Nivel 1 del alta hospitalaria. Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con esta organización, puede presentar la apelación por otros medios.

Si usted presenta la apelación por esta otra vía, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una *Apelación alternativa* de Nivel 1

Paso 1: Comuníquese con nosotros para solicitar una "revisión rápida".

- **Solicitar una "revisión rápida".** Esto significa que nos solicita una respuesta con plazos "rápidos" en lugar de plazos "estándares". El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: Efectuamos una "revisión rápida" de su fecha de alta programada y verificamos si es correcta desde el punto de vista médico.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estancia en el hospital. Verificamos si su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Verificamos si la decisión sobre cuándo debe dejar el hospital fue justa y si se cumplieron todas las normas.

Paso 3: Esto significa que le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas posteriores a su solicitud de una "revisión rápida".

- **Si aceptamos su apelación,** esto significa que estamos de acuerdo en que usted aún debe permanecer en el hospital después de la fecha de alta médica. Continuaremos cubriendo servicios hospitalarios por el tiempo que sea de necesidad médica. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaba. (Debe pagar su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones a la cobertura).
- **Si respondemos negativamente a su apelación**, consideramos que su fecha de alta programada fue correcta desde el punto de vista médico. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que decidimos que finalizaría su cobertura.
  - Si usted permaneció internado en el hospital *después* de su fecha de alta programada, **usted deberá pagar el costo total** de la atención hospitalaria recibida después de la fecha de alta programada.

FINAL

<u>Paso 4:</u> Si respondemos *negativamente* a su apelación rápida, su caso será trasladado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de *Apelación alternativa* de Nivel 2

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces se la denomina **"IRE" (por sus siglas en inglés).**

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión. Medicare supervisa su trabajo.

<u>Paso 1:</u> Su caso será trasladado automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas después de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, podrá presentar una queja. En la Sección 10 de este capítulo, se describen los pasos que se deben seguir para presentar una queja).

<u>Paso 2:</u> La Organización de Revisión Independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le informan su respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detalladamente toda la información relacionada con su apelación por el alta del hospital.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *afirmativa***, debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que usted recibió en el hospital desde su fecha de alta programada. También debemos continuar con la cobertura del plan por sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted deberá continuar pagando su parte de los costos. Si se aplican limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la suma de nuestro reembolso o el tiempo por el que podríamos continuar con la cobertura de sus servicios.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *negativa***, significa que están de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta programada del hospital era correcta desde el punto de vista médico.

FINAL

- La notificación escrita que reciba de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de nivel 3 con el proceso de revisión, que es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si acepta la decisión o si desea continuar con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si los revisores contestan negativamente a su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o continuar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- En la Sección 9 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 8.1 ***En esta sección, se describen solamente tres servicios:*** **atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF, en inglés).**

En esta sección, se describen solamente tres servicios:
servicios de atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF)

Cuando recibe **servicios de atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro integral de rehabilitación para pacientes no hospitalizados)** tiene el derecho de continuar recibiendo sus servicios cubiertos por ese tipo de atención durante el tiempo necesario para realizar el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de finalizar la cobertura para cualquiera de los tres tipos de atención que usted recibe, debemos informarle por anticipado. Cuando finalice su cobertura por esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte de los costos 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.

FINAL

Sección 8.2 Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura

Término Legal
"Aviso de no Cobertura de Medicare". Le indica cómo puede solicitar una "apelación por vía rápida". Solicitar una apelación por vía rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo cancelar su atención.

1. **Usted recibe un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso se indica lo siguiente:
   - La fecha en que dejaremos de cubrir la atención que recibe.
   - Cómo solicitar una "apelación por vía rápida" para solicitar que continuemos cubriendo su atención durante un período más prolongado
2. **Usted, o la persona que actúe en su nombre, deben firmar el aviso escrito como acuse de recibo.** Al firmar el aviso, demuestra solamente que recibió la información sobre la finalización de su cobertura. **Firmar este aviso no significa que usted está de acuerdo** con la decisión de la cobertura de que debe finalizar la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que prolonguemos la cobertura de su atención, deberá recurrir al proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y las fechas límites.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio al Cliente. O llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP, en inglés), una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

- La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el Gobierno federal que controlan y ayudan a mejorar la calidad de la atención médica de personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una apelación por vía rápida. Deberá actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- Mediante el aviso escrito que recibió (Aviso de no cobertura de Medicare), se le informa cómo comunicarse con esta organización. O para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado consulte el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad para iniciar su apelación al mediodía anterior a la fecha de vigencia indicada en la Notificación de no cobertura de Medicare.

Su fecha límite para contactar a esta organización.

- Si usted no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad y aún desea presentar su apelación, deberá presentar la apelación directamente ante nosotros. Para obtener más detalles acerca de esta otra forma para hacer su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (a quienes llamaremos “los revisores” para abreviar) le consultarán a usted o a su representante las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, consultará con su médico y analizará la información que nuestro plan le ha entregado.
- Al final del día, los revisores nos habrán informado sobre su apelación, y le enviaremos una **Explicación Detallada de no Cobertura** en la que se expliquen en detalle las razones por las cuales finalizamos la cobertura de sus servicios.

Términos legales
"**Explicación Detallada de la no Cobertura**". Es un aviso que proporciona detalles sobre los motivos de la finalización de la cobertura.

FINAL

Paso 3: Dentro de un día completo después de haber recibido toda la información que requieren, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aprueban su apelación?

- Si los revisores contestan *afirmativamente* a su apelación, **debemos continuar la provisión de sus servicios cubiertos durante el tiempo médicamente necesario**.
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones para sus servicios incluidos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores contestan *negativamente* a su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos informado**.
- Si usted decide continuar recibiendo atención médica domiciliaria o atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** por esta atención.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores contestan *negativamente* a su apelación de Nivel 1 y usted decide continuar recibiendo atención después de que la cobertura de su atención finalice, podrá presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que analice nuevamente la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF, en inglés) *después* de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría.

Paso 1: Debe contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicitar otra revisión.

- Usted debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** después de que la Organización de Mejoramiento de la Calidad contestó *negativamente* a 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 por atención médica.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad efectúa una segunda revisión de su caso.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización revisora contesta afirmativamente?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que usted recibió desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** de atención médica durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y se pueden aplicar limitaciones para la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión contesta negativamente?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide 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 de derecho administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar el proceso de apelaciones.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, lo que suma un total de cinco niveles de apelación. Si decide presentar una apelación de Nivel 3, revise los detalles de cómo proceder que se incluyen en el aviso escrito que recibió después de la apelación de Nivel 2.
- La Apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. En la Sección 8 de este capítulo, encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

FINAL

Sección 8.5 ¿Qué sucede si usted no cumple con la fecha límite para hacer su apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad e iniciar su primera apelación (en un día o dos, a más tardar). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, puede presentar la apelación por otros medios. Si usted presenta la apelación por esta otra vía, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una *Apelación alternativa* de Nivel 1

Términos legales
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se denomina **"apelación acelerada".**

Paso 1: Comuníquese con nosotros para solicitar una "revisión rápida".

- **Solicitar una "revisión rápida".** Esto significa que nos solicita una respuesta con plazos "rápidos" en lugar de plazos "estándares". El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: Realizamos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos por la finalización de la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a analizar toda la información relacionada con su caso. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando establecimos la fecha de finalización de la cobertura del plan por los servicios que usted recibía.

Paso 3: Esto significa que le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas posteriores a su solicitud de una "revisión rápida".

- **Que nuestra respuesta a su apelación rápida sea afirmativa,** significa que estamos de acuerdo con usted en que los servicios se deben prolongar y continuaremos la provisión de sus servicios incluidos durante el tiempo que sea de necesidad médica. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaba. (Debe pagar su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones a la cobertura).
- **Si nuestra respuesta a su apelación rápida es negativa,** su cobertura finalizará en la fecha que le informamos, y ya no pagaremos ninguna parte del costo después de esta fecha.

FINAL

- Si usted aún recibió atención médica en el hogar o atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura, **usted deberá pagar el costo total de esta atención.**

Paso 4: Si respondemos *negativamente* a su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces se la denomina **"IRE" (por sus siglas en inglés).**

Paso a paso: Proceso de apelación *Alternativo* de Nivel 2

Durante la apelación de nivel 2, una **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos sobre su "apelación rápida". Esta organización decide si se debe cambiar la decisión. **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una empresa seleccionada por Medicare para actuar como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Su caso será trasladado automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas después de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, podrá presentar una queja. En la Sección 10 de este capítulo, se describen los pasos que se deben seguir para presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le informan su respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización contesta *afirmativamente* a su apelación**, deberemos reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos prolongar la cobertura de la atención durante

el tiempo que sea médicamente necesario. Usted deberá continuar pagando su parte de los costos. Si se aplican limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la suma de nuestro reembolso o el tiempo por el que podríamos continuar con la cobertura de servicios.

- **Si esta organización contesta *negativamente* a su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión de nuestro plan a su primera apelación y no la cambiará.
- El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito cómo debe proceder si desea continuar con la apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si acepta la decisión o si desea continuar con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, lo que suma un total de cinco niveles de apelación. Si decide presentar una tercera apelación, revise los detalles de cómo proceder que se incluyen en el aviso escrito que recibió después de la segunda apelación.
- En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. En la Sección 8 de este capítulo, encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más

Sección 9.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicio médico

Esta sección puede resultar apropiada para su caso si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones resultaron rechazadas.

Si el valor dólar del producto o servicio médico que apeló alcanza ciertos niveles mínimos, podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el valor dólar es inferior al nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. La respuesta por escrito que reciba por su apelación de Nivel 2 le explicará a quién debe contactar y cómo proceder para presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos de las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: **Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador que trabaja para el Gobierno federal** revisará su apelación y le informará su respuesta.

- **Si la respuesta del Juez de Derecho Administrativo o del abogado mediador con respecto a su apelación es positiva, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado.** A diferencia de una decisión del Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, se enviará a una apelación de Nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibida la decisión del Juez de Derecho Administrativo o del mediador independiente.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 acompañada de los documentos correspondientes. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer el servicio en disputa.
- **Si la respuesta del Juez de derecho administrativo o del abogado mediador con respecto a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer a continuación si decide continuar con su para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4: El **Consejo de Apelaciones** (Consejo) **de Medicare** revisará su apelación y le informará su respuesta. El Consejo es parte del Gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de Apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelar esta decisión al Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de los 60 días naturales de recibida la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo de Apelaciones rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado.**

- Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
- Si no quiere aceptar la decisión, es probable que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión.
- Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5 y cómo hacer para continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5: Un juez de la **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá afirmativa o negativamente a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

Sección 9.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de Medicamentos Parte D

Esta sección puede aplicar para su caso si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor de los medicamentos que usted apeló alcanza una cierta suma de dinero, usted podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si la suma de dinero es menor, no podrá continuar apelando. La respuesta por escrito que reciba por su Apelación de Nivel 2 le explicará a quién debe contactar y cómo proceder para presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos de las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador que trabaja para el Gobierno federal revisará su apelación y le informará su respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que haya sido aprobada por el Juez de derecho administrativo o abogado mediador **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como máximo 30 días naturales** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado**.
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.

- Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión.
- En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4: El **Consejo de Apelaciones** (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le informará su respuesta. El Consejo es parte del Gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Lo que usted solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que haya sido aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como máximo 30 días naturales** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado**.
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es probable que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo contesta negativamente a su apelación o deniega su solicitud de revisar la apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le permiten continuar con una Apelación de Nivel 5. El aviso por escrito también le informará a quién debe contactar y cuál es el siguiente paso si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez de la **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá afirmativa o negativamente a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar un reclamo por la calidad de atención, tiempos de espera, atención al cliente u otros reclamos

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan por el proceso de quejas?

El procedimiento para quejas se utiliza para ciertos tipos de problemas únicamente. Estos incluyen problemas tales como los relacionados con la calidad de la atención,

tiempos de espera y el Servicio al Cliente. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el procedimiento para quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿No está conforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Considera que alguna persona no respetó su derecho a la privacidad o divulgó información acerca de su persona que cree debería ser confidencial?
Conductas irrespetuosas, servicio deficiente al cliente u otras conductas negativas	• ¿Alguna persona lo ha tratado en forma grosera o irrespetuosa? • ¿No está satisfecho con nuestro Servicio al Cliente? • ¿Siente que le han insinuado que debe dejar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para acordar una cita o ha tenido que esperar demasiado? • ¿Alguna vez ha tenido que esperar demasiado para que lo atendiera un médico, un farmacéutico u otro profesional de atención médica? ¿O el personal del Departamento de Servicios para Miembros o de otras áreas del plan? ◦ A modo de ejemplo podemos mencionar los siguientes: esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o al adquirir una receta médica.
Limpieza	• ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico?
Información que recibe de nosotros	• ¿No le enviamos un aviso obligatorio? • ¿Nuestra información escrita es difícil entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas siempre están vinculados con la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	Si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra demora. A modo de ejemplo: • Si nos solicitó una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” y rechazamos su solicitud, puede presentar una queja. • Si usted cree que no estamos cumpliendo con las fechas límite para las decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja.

FINAL

Queja	Ejemplo
	• Si usted cree que no cumplimos con las fechas límite requeridas para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **queja** también recibe el nombre de **"inconformidad".**
- **"Presentar una queja"** también se denomina **"presentar una inconformidad".**
- **"Utilizar el proceso para presentar quejas"** también se denomina **"utilizar el proceso para presentar una inconformidad".**
- **Una "queja rápida" también se denomina "reclamo acelerado".**

Sección 10.3 Paso a paso: Presentar una queja

Paso 1: Contáctenos inmediatamente, por teléfono o por escrito.

- **Generalmente, llamar al Departamento de Servicios para Miembros es el primer paso.** Si hay algo más que usted deba hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo informará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no recibió una respuesta satisfactoria), puede presentar su queja por escrito y enviarla a nuestras oficinas.** Si presenta su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
- Los reclamos recibidos verbalmente se responderán por escrito, a menos que usted solicite una respuesta verbal.
- Si bien podemos comunicarnos con usted verbalmente para dialogar sobre su reclamo o la resolución, los reclamos recibidos por escrito se responderán por escrito.
- Los reclamos relacionados con la calidad de la atención, independientemente de cómo se presenten, se responderán por escrito, incluida una descripción de su derecho a presentar una queja por escrito ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, en inglés).
- Todos los reclamos (verbales y escritos) se responderán en los siguientes plazos:
  - Los reclamos estándar (aquellos que no sean un reclamo acelerado, según lo definido anteriormente) se responderán tan rápido como lo requiera su caso, en función de su estado de salud, pero no más de 30 días después de que se reciban. Blue Cross Medicare Advantage

Premier Plus (HMO-POS) puede extender el plazo de 30 días hasta un máximo de 14 días si usted solicita la extensión o si Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) determina que se necesita información adicional y que la demora es lo más conveniente para usted. Si hay una demora, Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) le notificará por escrito el motivo.
  - Los reclamos acelerados pueden presentarse solo si Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) rechaza su solicitud de una determinación de cobertura acelerada o de una redeterminación acelerada. Los reclamos acelerados se responderán en un plazo de 24 horas.
- La **fecha límite** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema por el que desea presentar la queja.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le daremos una respuesta inmediatamente.** Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante el mismo llamado.
- **La mayoría de las quejas reciben respuesta dentro de los 30 días naturales.** Si necesitamos más información y la demora es en beneficio suyo o si usted pide una extensión, podemos tardar hasta 14 días naturales más (44 días naturales en total) para responder a su queja. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o "apelación rápida", automáticamente le proporcionaremos una "queja rápida".** Si tiene una "queja rápida", significa que le **responderemos en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con el total o una parte de su queja, o no asumimos responsabilidad por el problema que motivó su reclamo, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

Sección 10.4 También puede presentar reclamos por la calidad de atención ante la Organización de Mejora de Calidad

Cuando su queja es por la *calidad de atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Usted puede presentar su queja directamente ante la Organización para Mejoramiento de la Calidad**. La Organización de Mejoramiento de Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

o

- **Puede presentar su queja tanto a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad como a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede informarle su queja a Medicare

Puede presentar una queja sobre Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

FINAL

CAPÍTULO 10:

Finalización de su membresía en el plan

FINAL

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) puede ser **voluntaria** (porque usted lo decide) o **involuntaria** (sin que usted lo decida):

- Usted puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo finalizar su membresía de manera voluntaria.
  - Se establecen ciertos períodos durante el año, o ciertas situaciones, cuando usted puede cancelar su membresía al plan en forma voluntaria. En la Sección 2, se indica *cuándo* puede dejar de estar asegurado por el plan.
  - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que usted selecciona. En la Sección 3, se explica *cómo* puede dejar de estar asegurado según cada situación.
- También existen situaciones limitadas en las que debemos poner fin a su membresía. En la Sección 4, se le informan las situaciones en las que estamos obligados a cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionando su atención médica y sus medicamentos con receta, y usted continuará pagando su parte de los gastos compartidos hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan?

Sección 2.1 Usted puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Anual

Usted puede finalizar su membresía durante el **Período de Inscripción Anual** (también conocido como el "Período Anual de Inscripciones Abiertas"). Durante este tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos, y decida sobre la cobertura para el año siguiente.

- **El Período de Inscripción Anual es del15 de octubre al 7 de diciembre.**
- **Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el siguiente año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro seguro de gastos médicos de Medicare con o sin cobertura para medicamentos con receta.
  - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

  - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
  - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya expresado que no desea una inscripción automática.
- **Nota:** Si cancela la Cobertura Medicare para medicamentos con receta y continúa sin una cobertura válida para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un Cobertura Medicare para Medicamentos Recetados.
- **Su membresía a nuestro plan finalizará cuando la cobertura de su nuevo plan entre en vigor el 1 de enero**.

Sección 2.2 Usted puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la opción de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de Suscripciones Abiertas a Medicare Advantage**.

- **El período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage**, que es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage puede**:
  - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage. (Con o sin cobertura de medicamentos con receta).
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse a un Plan de Medicamentos con Receta de Medicare en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que usted se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En determinadas situaciones, usted puede finalizar su membresía en un Período especial de inscripción.

En ciertos casos, los miembros de Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) pueden ser elegibles para cancelar sus membresías en otros momentos del año. Esto se conoce como un **Período Especial de Inscripción**.

Usted puede reunir los requisitos para poner fin a su membresía durante un período Especial de Inscripción si se aplica cualquiera de las siguientes situaciones a su caso. Estos son solo ejemplos; para obtener una lista completa puede contactar al plan, llamar a Medicare o visitar la página web de Medicare (https://www.medicare.gov):

- Usualmente cuando se ha mudado.
- Si tiene Medicaid a través del Illinois Department of Human Services.
- Si es elegible para que "Ayuda Adicional" pague sus recetas médicas de Medicare.
- Si infringimos el contrato con usted.
- Si está recibiendo atención médica en una institución, como una residencia para ancianos o un hospital de atención médica a largo plazo (LTC, en inglés).

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para conocer si es elegible para el Período Especial de Inscripción, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía por un caso especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Puede elegir:

- Otro seguro de gastos médicos de Medicare con o sin cobertura para medicamentos con receta.
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- *O* Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

Nota: Si cancela la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y continúa sin una cobertura válida para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan.

Si recibe "Beneficio adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya expresado que no desea una inscripción automática.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame al Servicio al Cliente.**

- Puede obtener información en el manual ***Medicare y Usted 2023***.
- **Contacte aMedicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo terminar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía a nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a alguno de los siguientes:	Esto es lo que debería hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo.
• Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. • Su inscripción en Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo.
• Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo. • Usted también puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su suscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará su inscripción en el plan Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) cuando su

FINAL

Si desea cambiar de nuestro plan a alguno de los siguientes:	Esto es lo que debería hacer:
	cobertura de Original Medicare entre en vigor.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Seguir usando nuestros proveedores que forman parte de la red para recibir atención médica.**
- **Seguir usando nuestras farmacias que forman parte de la red para resurtir sus recetas médicas.**
- **Si lo internan en el hospital el día en que finaliza su membresía, nuestro plan cubrirá su estadía en un hospital hasta que reciba el alta** (aún si recibe el alta después de que entre en vigencia su cobertura médica nueva).

SECCIÓN 5 Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) debe cancelar su membresía a nuestro plan en ciertos casos

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía al plan?

Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) debe cancelar su membresía al plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene Medicare Parte A y Parte B.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Cuando esté continuamente ausente del área de servicio de Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) durante más de seis (6) meses, debemos cancelar su inscripción de nuestro plan.
  - Si se muda o viaja por un tiempo prolongado, llame al Servicio al Cliente para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.

  - Consulte el Capítulo 4, Sección 2.3 para obtener información sobre cómo recibir atención médica a través del beneficio que tiene nuestro plan para visitantes o viajeros cuando se encuentran fuera del área de servicio.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano estadounidense ni reside legalmente en Estados Unidos.
- Si brinda información falsa u omite comunicar la existencia de un seguro médico adicional que le provee la cobertura para medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si se comporta continuamente de manera inapropiada y nos dificulta la provisión de atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si usted permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
  - Si terminamos su membresía por este motivo, Medicare podría pedir que el inspector general investigue el caso.
- Si no paga las primas del plan durante 90 días.
  - Le notificaremos por escrito que tiene 90 días para pagar la prima del plan antes de que terminemos su membresía.
- Si debe pagar el monto adicional de la Parte D por sus ingresos y no lo paga, Medicare cancelará su inscripción a nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna consulta o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame al Servicio al Cliente.

Sección 5.2 No podemos solicitarle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) no puede pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

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) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle los motivos de la terminación por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o reclamación sobre nuestra decisión de terminar su membresía.

FINAL

CAPÍTULO 11:
Avisos legales

FINAL

SECCIÓN 1 Aviso de leyes aplicables

La ley principal que se aplica a este documento de Evidencia de Cobertura es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y las regulaciones creadas conforme a la Ley de Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, grupo étnico, nacionalidad, color, creencia religiosa, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, antecedentes de quejas, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proporcionan planes de Medicare Advantage, como el nuestro, deben cumplir las leyes federales contra la discriminación, incluyendo el Capítulo VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades, Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y demás leyes que rigen para organizaciones que obtienen fondos federales, y otras leyes y normas que rigen por cualquier otra razón.

Para obtener más información o si tiene alguna duda sobre discriminación o trato injusto, por favor llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en https://www.hhs.gov/ocr/index.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Servicio al Cliente. Si tiene alguna queja, por ejemplo, por un problema de acceso en silla de ruedas, Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare de los cuales Medicare no es el pagador primario. De acuerdo con las reglamentaciones de los CMS, incluidas en los artículos 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés), Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS), en calidad de organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría

de acuerdo con las reglamentaciones de los CMS en las subdivisiones “B” a “D” de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección suplantan a cualquier ley estatal.

FINAL

CAPÍTULO 12:
Definiciones de términos importantes

Monto permitido: el monto máximo que pagará un plan de salud por un servicio de salud. Un servicio de salud podría ser una prueba, un procedimiento, una consulta al médico u otros tipos de tratamientos o servicios. Los proveedores que forman parte de la red de su plan han firmado un contrato para proporcionar servicios con descuento.

Centro de Cirugía Ambulatoria: es una entidad que funciona exclusivamente con el objetivo de proveer servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía en el centro no superaría las 24 horas.

Período de Inscripción Anual: Un lapso de tiempo establecido desde el 15 de Octubre hasta el 7 de Diciembre de cada año cuando los miembros pueden cambiar su seguro de gastos médicos, su plan de medicamentos, o cambiarse a Original Medicare.

Apelación: es una medida que toma usted si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos recetados, o por el pago de servicios o medicamentos que usted ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de cancelar los servicios que está recibiendo.

Facturación del Saldo: cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente una suma mayor a la suma de costo compartido permitido del plan. Como miembro de Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS), usted solo debe pagar los montos del costo compartido de nuestro plan cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores realicen "facturaciones de saldo" o cobren más del monto de costo compartido que su plan establece que debe pagar.

Período de beneficios: la forma en la que tanto nuestro plan como Original Medicare miden el uso que usted hace de los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando usted no haya recibido atención en un hospital para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada después de haber terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible por internación hospitalaria por cada período de beneficios. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios.

Medicamento de Marca: un medicamento recetado fabricado y comercializado por la empresa farmacéutica que realizó el trabajo de investigación y desarrollo original del medicamento. Los medicamentos de marca poseen la misma fórmula del ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y comercializados por otros fabricantes de medicamentos y, generalmente, solo están disponibles cuando la patente del medicamento de marca ha vencido.

Etapa de Cobertura Catastrófica: etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted paga un monto bajo de copago o coseguro por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas hayan gastado en su nombre $7,400 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés): es la agencia federal a cargo de la administración de Medicare.

Plan para Necesidades Especiales de Cuidados Crónicos: Los Planes para Necesidades Especiales de Cuidados Crónicos (C-SNP, en inglés) son planes para necesidades especiales que restringen la inscripción a personas con necesidades especiales con afecciones crónicas severas o incapacitantes específicas, definidas en 42 CFR 422.2. Un C-SNP debe tener atributos específicos que van más allá de la provisión de servicios básicos de las Partes A y B de Medicare y la coordinación de servicios médicos que se requiere de todos los planes de Atención Coordinada de Medicare Advantage, a fin de recibir la designación especial y el alojamiento de comercialización e inscripción proporcionados a los C-SNP.

Coseguro: monto que debe pagar como su parte del costo compartido por los servicios o medicamentos recetados Por lo general, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, el 20%).

Queja: El nombre formal para "presentar una queja" es "presentar una inconformidad". El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente que usted recibe. También incluye las quejas si su plan no cumple con los plazos establecidos en el proceso de apelación.

Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF): un centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación a pacientes que tuvieron una enfermedad o lesión, inclusive servicios como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios para la evaluación del contexto familiar.

Copago: importe que debe pagar como parte del costo de servicios o suministros médicos tales como una consulta con el médico, una consulta en un centro hospitalario de atención ambulatoria o un medicamento recetado. El copago es una suma fija (por ejemplo, $10), en lugar de un porcentaje.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto se suma a la prima mensual del plan). Los gastos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que un plan puede imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan exige para recibir un servicio o medicamento específico, o (3) cualquier monto de “coseguro” que corresponde pagar como porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que el plan exige para recibir un servicio o medicamento específico.

Categoría de Gastos Compartidos: cada medicamento presente en la Lista de Medicamentos Cubiertos se clasifica en una de las 5 categorías de gastos compartidos. En general, cuanto más alta es la categoría de costo compartido, mayor es su costo por el medicamento.

Determinación de Cobertura: una decisión del plan para cubrir un medicamento recetado y la suma, si corresponde, que usted debe pagar por la receta médica. En general, si lleva su receta médica a una farmacia y la farmacia le informa que el medicamento recetado no está cubierto por su plan, no estamos frente a una determinación de cobertura. Debe llamar o enviar una carta a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan "decisiones de cobertura".

Medicamentos Cubiertos: término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Servicios Incluidos: el término que utilizamos para referirnos a todos los servicios de atención médica y suministros incluidos por nuestro plan.

Cobertura Válida para Medicamentos Recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que debe cubrir, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Los beneficiarios de este tipo de cobertura, cuando se vuelven elegibles para Medicare, generalmente pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cuidados de Custodia: son cuidados personales brindados en una residencia para ancianos, centro de cuidados paliativos u otra instalación cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado de custodia es el cuidado personal que pueden proveer personas sin capacitación ni destrezas profesionales y consiste, por ejemplo, en brindar ayuda para actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, entrar o salir de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. También puede incluir el tipo de cuidados relacionados con la salud que la mayoría de las personas hace por su cuenta como, por ejemplo, utilizar gotas para los ojos. Medicare no cubre el cuidado de custodia.

Departamento de Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones.

Deducible: monto que debe pagar por atención médica o recetas médicas antes de que nuestro plan comience a pagar.

Cancelar o **cancelación de la inscripción**: el proceso de cancelar su membresía al plan.

Arancel de Dispensación: Un arancel que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento incluido para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y envasar la receta.

Planes de Necesidades Especiales para Personas Doblemente Elegibles (D-SNP, en inglés): Los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley de Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Equipo Médico Duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico para fines médicos. Los ejemplos incluyen caminadores, sillas de rueda, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar.

Emergencia: Una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si se trata de una mujer embarazada, fallecimiento del bebé nonato), la pérdida de una extremidad o de una función de esta, o la pérdida o incapacitación grave de las funciones corporales. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención Urgente: cubre servicios que están: 1) proporcionados por un proveedor calificado para administrar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (EOC) e Información de Divulgación: este documento, junto con el formulario de inscripción y otros anexos, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, describe su cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Excepción: Un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos (una excepción de Lista de medicamentos), o para adquirir un medicamento no preferencial en un nivel de gastos compartidos más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que usted pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, o si el plan establece límites por la cantidad o dosis del medicamento que solicita (una excepción de Lista de medicamentos).

Beneficio Adicional: Un programa Estatal o de Medicare que ayuda a personas de bajos ingresos y recursos a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Medicamento Genérico: medicamento recetado aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, en inglés) por poseer los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico posee el mismo mecanismo de acción que el de marca registrada, pero su costo suele ser menor.

FINAL

Inconformidad: Tipo de queja que usted presenta en relación con nuestro plan, los proveedores o nuestras farmacias, incluso quejas por la calidad de atención. Este tipo de queja no incluye disputas por cobertura o pagos.

Asistente de Atención Médica Domiciliaria: un persona provee servicios que no requieren las destrezas de un enfermero o terapeuta autorizado, como asistencia de cuidados personales (p. ej., para bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Centro para Enfermos Terminales: Un beneficio que brinda tratamiento especial para un miembro que ha sido certificado médicamente como con una enfermedad terminal, lo que significa tener una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, es decir, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si opta por un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, aún es miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como otros beneficios suplementarios que ofrecemos.

Internación en hospital: sucede cuando un paciente se ingresa formalmente a un hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un "paciente ambulatorio".

Determinación del Ajuste mensual acorde a sus ingresos (IRMAA, en inglés): si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración anual de ingresos del Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés) hace 2 años, es superior a un monto determinado, usted pagará la suma prima estándar y una Determinación del Ajuste mensual acorde a sus ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se ven afectadas; por lo tanto, la mayor parte no abonará una prima más alta.

Límite inicial de cobertura: el máximo límite de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Etapa de Cobertura Inicial: es la etapa anterior en la que sus gastos totales por medicamentos, incluidos los montos que ha pagado y que el plan ha pagado en su nombre durante el año, han alcanzado los $4,660.

Periodo de Inscripción Inicial: Cuando es elegible por primera vez para Medicare, el periodo de tiempo en el que puede inscribirse en Medicare Parte A y Parte B. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Periodo de Inscripción Inicial es el periodo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan para Necesidades Especiales (SNP) Institucional: un plan que inscribe a individuos elegibles que residen de forma continua o que se espera que residan de forma continua por 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF, en inglés), un centro de enfermería (NF, en inglés), (SNF/NF), un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IIID, en inglés), un centro

psiquiátrico para pacientes internados o centros aprobados por CMS que proporcionan servicios de atención médica a largo plazo similares que están cubiertos por Medicare Parte A, Medicare Parte B o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y estados de atención médica similares a los otros tipos de centros mencionados. Un Plan para Necesidades Especiales Institucional debe contar con un acuerdo contractual con (o ser propietario y operar) los centros de LTC específicos.

Plan para Necesidades Especiales (SNP) Institucional Equivalente: Un Plan para Necesidades Especiales institucional que inscribe a individuos elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren un nivel de atención institucional de acuerdo con la evaluación estatal. La evaluación se debe realizar con la misma herramienta de evaluación de nivel de atención estatal correspondiente y administrar por medio de una entidad diferente de la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan para Necesidades Especiales puede restringir la inscripción a individuos que residen en un centro de asistencia para las actividades de la vida diaria (ALF) contratado, si es necesario para garantizar una atención especializada uniforme.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o "Lista de Medicamentos"): es una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Subsidio por Bajos Ingresos (LIS, en inglés): consulte "Ayuda Adicional".

Cargo máximo: el monto máximo o cargo límite que un proveedor no participante puede cobrar a un beneficiario de Medicare por los servicios facturados en reclamaciones no asignadas.

Monto Máximo de su Bolsillo: pago máximo que puede hacer de su bolsillo durante el año natural, para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red. Los montos que paga por las primas del plan, primas de Medicare Parte A y Parte B, y medicamentos recetados no cuentan para el cálculo del monto máximo de su bolsillo.

Medicaid (o Medical Assistance): Un programa mixto Federal y Estatal que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas Estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica se encuentran cubiertos si usted reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.

Indicación Médica Aceptada: consiste en el consumo de un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o avalado por determinados libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada. Los medicamentos también deben ser "Medicamentos de la Parte D" para que estén cubiertos, según se define en el presente documento.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa de seguro médico federal para mayores de 65, 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).

Período de Inscripción Abierta en Medicare Advantage: período desde el 1.º de enero al 31 de marzo en el que los miembros de un Plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro Plan de Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse a un Plan de Medicamentos con Receta de Medicare en ese momento. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): A veces llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una empresa privada bajo contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan de Medicare Advantage puede ser un HMO, un PPO, un Plan Privado de Pago por Servicio (PFFS) o un Plan de Cuentas de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan para Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes de Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados**.

Programa de Descuento por Interrupción en la Cobertura de Medicare: Un programa que proporciona descuentos sobre la mayoría de los medicamentos incluidos de marca de la Parte D a los asegurados de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa de Interrupción en la Cobertura y no se encuentren recibiendo “Beneficio Adicional”. Los descuentos se basan en los acuerdos establecidos entre el gobierno Federal y determinados fabricantes de medicamentos.

Servicio incluidos de Medicare: son los servicios cubiertos por Medicare Parte A y B. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A y B. El término Servicios Incluidos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como los correspondientes a la visión, servicio dental o de audición, que un plan de Medicare Advantage puede ofrecer.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene contratos con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y Parte B a personas que se inscriben en el plan. El término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Planes para Necesidades Especiales, los Programas de Demostración o Piloto y los Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE, en inglés).

Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare (Medicare Parte D): seguro de asistencia económica para la compra de medicamentos recetados, vacunas,

compuestos biológicos y ciertos suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por Medicare Parte A o Parte B.

Póliza "Medigap" (Seguro Suplementario de Medicare): seguro suplementario de Medicare que venden compañías de seguro privadas para cubrir las "brechas" en Original Medicare. Las pólizas Medigap solo se aplican a Original Medicare. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro Plan o "Miembro del Plan"): beneficiario de Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan, y cuya inscripción confirmaron los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés).

Farmacia de la red: Una farmacia de la red es una farmacia donde los asegurados de nuestro plan pueden obtener sus beneficios por medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: "proveedor" es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para proporcionar servicios de atención médica. Los denominamos "**proveedores que forman parte de la red**" cuando están contratados por nuestro plan para aceptar nuestro pago como el pago total y, en algunos casos, a fin de coordinar y proveer servicios cubiertos a los asegurados de nuestro plan. A los proveedores de la red también se los llama "proveedores del plan".

Determinación de la Organización: nuestro plan decide si los artículos o servicios están incluidos o cuánto le corresponde pagar a usted por los artículos o servicios incluidos. En este documento, las determinaciones de una organización se denominan "decisiones de cobertura". En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Original Medicare ("Medicare Tradicional" o Medicare de "Pago por cada Servicio"): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. Según Original Medicare, los servicios de Medicare son cubiertos mediante el pago de las sumas establecidas por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. A usted le corresponde pagar el deducible. Medicare paga su parte de la suma aprobada por Medicare y Usted paga la suya. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (Seguro de hospital) y Parte B (Seguro médico), y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia no contratada por 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 están cubiertos por nuestro plan, salvo que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la Red o Centro fuera de la Red: proveedor o centro que no acordó con nosotros la coordinación o provisión de servicios incluidos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, de propiedad ni operados por nuestro plan.

Gastos de su Bolsillo: vea la definición anterior de "costo compartido". El costo compartido que se requiere que un miembro pague por una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de "gastos de bolsillo" del miembro.

Parte C: consulte "Plan de Medicare Advantage (MA)".

Parte D: el Programa de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare voluntario.

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas como medicamentos incluido en la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir determinadas categorías de medicamentos de la Parte D.

Multa por Inscripción Tardía a la Parte D: importe que se agrega a su prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura válida (una cobertura que se espera que pague, en promedio, como mínimo la misma suma que paga por la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) por un período de 63 días consecutivos o más después de ser elegible por primera vez para inscribirse al plan Parte D.

Punto de servicio: cobertura para ciertos servicios incluidos brindados por proveedores que no forman parte de la red, dentro de Estados Unidos y sus territorios, a un nivel de distribución de costos más alto (nivel fuera de la red). Para obtener más información, consulte el Capítulo 3, Sección 2.2.

Gastos compartidos preferidos: esto significa menos gastos compartidos para determinados medicamentos de la Parte D en ciertas farmacias de la red.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO, en inglés): plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que acordaron brindar tratamiento a los miembros del plan por el pago de un monto específico. Un Plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan ya sea que se reciban de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. La suma de costo compartido correspondiente a los miembros en general será más alta cuando se reciban los beneficios del plan a través de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de gastos de su bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto de gastos de su bolsillo totales combinados por servicios recibidos tanto de proveedores dentro la red (preferidos) como de proveedores fuera de la red (no preferidos).

FINAL

Prima: el pago periódico que se efectúa a Medicare, una compañía de seguros o un plan de salud por cobertura médica o medicamentos recetados.

Administrador de Beneficios de Medicamentos con Receta: un administrador externo de programas de medicamentos con receta para los pagadores finales, como aseguradoras privadas y planes de la Parte D de Medicare. Con los formularios preferidos y las listas de exclusión, las PBM determinan qué medicamentos pueden recibir los consumidores de su plan sin incurrir en gastos de bolsillo adicionales.

Médico de Atención Primaria (PCP, en inglés): El médico u otro proveedor al que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: Aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están señalados en la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4.

Prótesis y Ortótica: Dispositivos médicos entre los que se incluyen, pero no están limitados a, aparatos ortopédicos para brazos, espalda, cuello, miembros y ojos artificiales; y aparatos necesarios para reemplazar una parte o una función corporal interna, como suministros ostómicos y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO): un grupo de médicos y otros expertos en salud que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare.

Límites de Cantidades: una herramienta administrativa diseñada para establecer límites al uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites se pueden establecer por la cantidad de medicamento que cubrimos por receta médica o por un período específico.

Servicios de Rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Área de servicios: Un área geográfica donde usted debe vivir para inscribirse en un seguro de gastos médicos en particular. En el caso de planes que restringen la lista de médicos y hospitales a los que puede acudir, generalmente también es el área en la que puede obtener servicios de rutina (servicios que no se consideren de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de modo permanente.

Atención en Centros de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés): servicios de enfermería especializada y rehabilitación provistos en un centro de enfermería especializada en forma diaria y continua. Entre algunos de los ejemplos de atención, podemos incluir fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero profesional o un médico.

Período Especial de Inscripción: un lapso durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos a Original Medicare. Las situaciones en

las que puede ser elegible para un Período Especial de Inscripción incluyen lo siguiente: si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo "Ayuda Adicional" para los costos de medicamentos recetados, si se muda a una residencia para ancianos o si infringimos nuestro contrato con usted.

Plan para Necesidades Especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, los residentes en una residencia para ancianos o los que sufren ciertas afecciones médicas de tipo crónico.

Gastos compartidos estándar*:* son gastos compartidos distintos de los preferidos que se ofrecen en una farmacia de la red*.*

Terapia Escalonada: una herramienta de uso que establece que usted primero debe probar otro medicamento para tratar su cuadro médico antes de que podamos cubrir un medicamento que su médico pudo haber recetado inicialmente.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas de bajos ingresos y recursos con discapacidades, ceguera, o mayores de 65. Los beneficios SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios Requeridos Urgentemente: Servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores que forman parte de la red no están disponibles o usted no puede acceder a ellos temporalmente o cuando el afiliado está fuera del área de servicios. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser médicamente necesarios y de inmediato.

FINAL

Servicio al Cliente de Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS)

Método	Departamento de Servicios para Miembros: información de contacto
LLAME AL	1-877-774-8592 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados. El Departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
FAX	1-855-674-9192
ESCRÍBANOS	Customer Service Box 3897 Scranton, PA 18505
SITIO WEB:	getblueil.com/mapd

Illinois Department on Aging

Illinois Department on Aging es un programa estatal que obtiene fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

Método	Información de Contacto
LLAME AL	1-800-252-8966
ESCRÍBANOS	Illinois Department on Aging One Natural Resources Way, Suite 100 Springfield, IL 62702-1271
SITIO WEB:	https://www2.illinois.gov/aging/ship/Pages/default.aspx

Declaración de divulgación con respecto a la PRA *Según la ley de Reducción de Papeles (PRA, en inglés) de 1995, nadie está obligado a contestar una recopilación de información, a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Atención: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*