Blue Cross Community MMAI (Medicare-Medicaid Plan)℠

Blue Cross Community MMAI (Medicare-Medicaid Plan)℠

Manual del Miembro

1 de enero, 2023 - 31 de diciembre, 2023

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

Para obtener más información, visite **bcbsil.com/mmai**.

H0927_BENMHB2023

A partir de enero de 2023

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

Introducción al *Manual del Miembro*

En este manual se le informa acerca de su cobertura durante el tiempo que esté inscrito con Blue Cross Community MMAI (Medicare-Medicaid Plan) hasta el 31 de diciembre de 2023. Explica los servicios de atención médica, cobertura de salud conductual, cobertura de medicamentos recetados y servicios y apoyos a largo plazo. Los apoyos y servicios a largo plazo incluyen atención a largo plazo y servicios de exención basados en el hogar y la comunidad (HCBS, home and community-based services). Los programas de exención de HCBS pueden ofrecer servicios que lo ayudarán a permanecer en su hogar y en la comunidad. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *manual del miembro*.

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

Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL) ofrecen el plan Blue Cross Community MMAI℠. Cuando en este *Manual del Miembro* se mencionen las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa BCBSIL. Los términos “plan” o “nuestro plan” se refieren a Blue Cross Community MMAI.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita.

ATENCIÓN: Si habla español, los servicios de asistencia lingüística están a su disposición sin costo alguno para usted. Llame al **1-877-723-7702** (TTY: **7-1-1**). Estamos a su disposición los siete (7) días de la semana. Nuestra central telefónica está abierta de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro. Para los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajes de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Atención al Asegurado le devolverá la llamada antes del próximo día laborable. La llamada es gratuita.

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

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

Tabla de contenidos

Su cobertura médica y de medicamentos bajo Blue Cross Community MMAI (Medicare-Medicaid Plan) 1

Exenciones de responsabilidad 7

Capítulo 1: Inicio como miembro 9

A. Le damos la bienvenida a Blue Cross Community MMAI 10
B. Información acerca de Medicare y Medicaid 10
C. Ventajas de este plan 11
D. Área de servicio de Blue Cross Community MMAI 11
E. ¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan? 12
F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan de salud 12
G. Su plan de cuidado 13
H. Prima mensual del plan Blue Cross Community MMAI 13
I. El ***Manual del Miembro*** 13
J. Otra información que obtendrá de nosotros 14
K. Cómo mantener su perfil de afiliado actualizado 17

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos importantes 19

A. Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de Blue Cross Community MMAI 21
B. Cómo comunicarse con su coordinador de cuidados 23
C. Cómo comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermeras 25
D. Cómo comunicarse con la Línea de crisis de salud conductual 26
E. Cómo comunicarse con el Programa de Seguro de Salud de Personas Mayores (SHIP) 26
F. Cómo comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO) 27
G. Cómo comunicarse con Medicare 28
H. Cómo comunicarse con Medicaid 29
I. Cómo comunicarse con la línea directa sobre beneficios de la salud de Illinois 29

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

J. Cómo comunicarse con el Programa de mediador de atención en el hogar de Illinois 29

K. Otros recursos 31

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos 34

A. Información acerca de "servicios", "servicios cubiertos", "proveedores" y "proveedores de la red" 36

B. Reglas para obtener su atención médica, servicios de salud conductual y servicios a largo plazo y apoyos (LTSS) cubiertos por el plan 36

C. Información acerca de su coordinador de cuidados 38

D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red 40

E. Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) 44

F. Cómo obtener servicios de salud conductual 44

G. Cómo obtener atención médica autodirigida 45

H. Cómo obtener servicios de transporte 46

I. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre 47

J. Qué hacer si le facturan directamente por servicios cubiertos por el plan 50

K. Cobertura de servicios de atención médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica 51

L. Cómo están cubiertos sus servicios de atención médica cuando obtiene atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica 52

M. Equipo médico duradero (DME) 53

Capítulo 4: Tabla de beneficios 56

A. Sus servicios cubiertos 57

B. Reglas contra los proveedores que le cobran por servicios 57

C. Tabla de beneficios de nuestro plan 57

D. La Tabla de Beneficios 59

E. Los beneficios de nuestro plan para visitantes o viajeros 106

F. Beneficios cubiertos fuera de Blue Cross Community MMAI 106

G. Beneficios no cubiertos por Blue Cross Community MMAI, Medicare o Medicaid 107

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan 109

A. Cómo surtir sus recetas médicas 112

B. Lista de medicamentos del plan 116

C. Límites para algunos medicamentos 119

D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto 120

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos 122

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales 124

G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos 125

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medicaid 128

A. La ***Descripción de Beneficios*** (EOB, en inglés) 131

B. Cómo llevar el control de los costos de sus medicamentos 131

C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo 132

D. Vacunas 134

Capítulo 7: Cómo solicitar que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos 136

A. Cómo solicitar que paguemos por sus servicios o medicamentos 137

B. Cómo enviar una solicitud de pago 139

C. Decisión de cobertura 139

D. Apelaciones 140

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades 141

A. Su derecho a obtener información de una manera que cumpla con sus necesidades 142

B. Nuestra responsabilidad de garantizarle acceso oportuno a sus medicamentos y servicios cubiertos 143

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI) 144

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos 145
E. Incapacidad de los proveedores de la red de facturarle directamente 146
F. Su derecho a salirse del plan 146
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica 147
H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado 149
I. Sus responsabilidades como miembro del plan 150

Capítulo 9: ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 153

A. Qué hacer si tiene algún problema 157
B. A dónde llamar para pedir ayuda 157
C. Problemas relacionados con sus beneficios 159
D. Decisiones de cobertura y apelaciones 159
E. Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D) 163
F. Medicamentos Parte D 178
G. Cómo solicitarnos que cubramos una internación por más tiempo en el hospital 188
H. Qué hacer si cree que su atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o servicios del centro de rehabilitación integral ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) terminan demasiado pronto 195
I. Llevar su apelación más allá del Nivel 2 201
J. Cómo presentar una queja 202

Capítulo 10: Cómo terminar su membresía en nuestro Medicare-Medicaid Plan 207

A. Cuándo puede terminar su membresía en nuestro Medicare-Medicaid Plan 208
B. Cómo terminar su membresía en nuestro plan 209
C. Cómo cambiar a un Medicare-Medicaid Plan diferente 209
D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid por separado 209

E. Siga obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través del plan hasta que su membresía haya acabado 212

F. Otras situaciones cuando acaba su membresía 212

G. Reglas en caso de que se le solicite abandonar nuestro plan debido a algún motivo relacionado con la salud 213

H. Su derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan 213

I. Cómo puede obtener más información sobre cómo terminar su membresía en el plan 213

Capítulo 11: Avisos legales 215

A. Aviso sobre las leyes 216

B. Aviso de no discriminación 216

C. Aviso sobre Blue Cross Community MMAI como pagador secundario 216

D. Confidencialidad del paciente y aviso de las normas de privacidad 217

Capítulo 12: Definiciones de términos importantes 219

Exenciones de responsabilidad

- La cobertura de Blue Cross Community MMAI es una cobertura médica calificada llamada "cobertura esencial mínima". Cumple con los requisitos de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, en inglés). Visite el sitio web del Servicio de impuestos internos (IRS) en **www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families** para obtener más información sobre los requisitos de la responsabilidad compartida individual.
- Blue Cross Community MMAI es un plan de salud con contratos con Medicare y con Illinois Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.
- Es posible que las consultas médicas virtuales no estén disponibles para todos los planes. En Montana y Nuevo México, el servicio médico que no es de emergencia se limita a videos interactivos en línea. En Arkansas y en Idaho, el servicio médico que no es de emergencia se limita a videos interactivos en línea para una consulta inicial.
- MDLIVE es una compañía aparte que opera y administra las Consultas Virtuales para Blue Cross and Blue Shield of Illinois. MDLIVE es la única responsable de sus acciones y de aquellas de sus proveedores contratados. MDLIVE® y el logotipo de MDLIVE son marcas comerciales registradas de MDLIVE, Inc., y no se pueden usar sin autorización.
- Blue Cross®, Blue Shield® y los símbolos de la cruz y el escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.
- La *Lista de Medicamentos cubiertos* o redes de farmacias y proveedores puede cambiar durante el año. Le enviaremos un aviso antes de realizar un cambio que le afecte.
- SilverSneakers® es un programa de bienestar que pertenece a la compañía independiente Tivity Health, Inc. y es administrado por esta. Tivity Health y SilverSneakers® son marcas registradas o marcas comerciales de Tivity Health, Inc., sus subsidiarias o filiales en EE. UU. u otros países.
- **MyPrime.com** es un sitio web de beneficios de farmacia que pertenece a Prime Therapeutics LLC y está operado por esta, una compañía aparte que ofrece servicios de administración de beneficios de farmacias para su plan.
- Prime Therapeutics LLC proporciona servicios de administración de beneficios de farmacia para Blue Cross and Blue Shield of Illinois, y pertenece a 18 planes de Blue Cross and Blue Shield, subsidiarias o filiales de esos planes.
- Prime Therapeutics LLC es una compañía de administración de beneficios de farmacia, contratada por Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL) para brindar servicios de administración de beneficios de farmacia. BCBSIL, así como varios otros planes independientes de Blue Cross and Blue Shield, tiene un interés de propiedad en Prime Therapeutics.

- AllianceRx Walgreens Pharmacy, una farmacia central de medicamentos especializados con entrega a domicilio, está contratada para proporcionar servicios de farmacia con entrega por correo a los miembros de Blue Cross Community MMAI.
- Blue Cross®, Blue Shield® y los símbolos de la cruz y el escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.
- Express Scripts® Pharmacy es una farmacia contratada para proporcionar servicios de farmacia con entrega por correo a los miembros de Blue Cross and Blue Shield of Illinois.
- Express Scripts® Pharmacy es una marca comercial de Express Scripts Strategic Development, Inc.
- Convey Health Solutions, Inc., es una compañía independiente que ofrece beneficios Medicare complementarios, como medicamentos sin receta y otros suministros médicos en nombre de Blue Cross and Blue Shield of Illinois.
- Si tiene preguntas sobre el proceso de inscripción, llame a Servicios de Inscripción al Cliente de Illinois al **1-877-912-8880**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-866-565-8576**. La llamada y la ayuda son gratuitas. Sitio web: **enrollhfs.illinois.gov**
- Blue Cross Community MMAI (plan Medicare-Medicaid) es proporcionado por Health Care Service Corporation, una compañía mutual de reserva legal, un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. HCSC es un plan de salud con contratos con Medicare y con Illinois Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas. La inscripción en el plan de HCSC depende de la renovación del contrato.

Capítulo 1: Inicio como miembro

Introducción

En este capítulo se incluye información acerca de Blue Cross Community MMAI, un plan de salud que cubre todos los servicios de Medicare y Medicaid, y su membresía en este. También le dice qué esperar y qué otra información obtendrá de Blue Cross Community MMAI. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Tabla de contenidos

A. Le damos la bienvenida a Blue Cross Community MMAI 10

B. Información acerca de Medicare y Medicaid 10

B1. Medicare 10

B2. Medicaid 10

C. Ventajas de este plan 11

D. Área de servicio de Blue Cross Community MMAI 11

E. ¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan? 12

F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan de salud 12

G. Su plan de cuidado 13

H. Prima mensual del plan Blue Cross Community MMAI 13

I. El *Manual del Miembro* 13

J. Otra información que obtendrá de nosotros 14

J1. Su tarjeta de identificación del miembro de Blue Cross Community MMAI 14

J2. ***Directorio de proveedores y farmacias*** 14

J3. ***Lista de los Medicamentos Cubiertos*** 16

J4. La ***Descripción de Beneficios*** 16

K. Cómo mantener su perfil de afiliado actualizado 17

K1. Privacidad de su información médica personal (PHI) 18

A. Le damos la bienvenida a Blue Cross Community MMAI

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

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

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

B. Información acerca de Medicare y Medicaid

B1. Medicare

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

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

B2. Medicaid

Medicaid es un programa operado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por servicios y apoyos a largo plazo y costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no tienen cobertura por Medicare.

Cada estado decide:

- qué cuenta como ingreso y recursos,
- quién califica,
- qué servicios están cubiertos, **y**
- el costo de los servicios.

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

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

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

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

C. Ventajas de este plan

Ahora obtendrá todos sus servicios cubiertos de Medicare y Medicaid de Blue Cross Community MMAI, incluidos los medicamentos recetados. **Usted no paga dinero adicional para inscribirse en este plan de salud.**

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

- Podrá trabajar con **un** plan de salud para **todas** sus necesidades de seguro de salud.
- Usted tendrá un grupo de atención médica que ayudó a constituir. Su grupo de atención médica puede incluir médicos, enfermeras, asesores u otros profesionales de la salud que estén cerca para ayudarlo a obtener la atención que usted necesita.
- Tendrá un coordinador de cuidados. Se trata de una persona que trabaja con usted, con Blue Cross Community MMAI y con sus proveedores de atención médica para asegurarse de que obtenga la atención médica que necesita.
- Podrá dirigir su propia atención médica con la ayuda de su grupo de atención médica y su coordinador de cuidados.
- El grupo de atención médica y el coordinador de cuidados trabajarán con usted para desarrollar un plan de cuidado específicamente diseñado para satisfacer sus necesidades de salud. El grupo de atención médica será responsable de coordinar los servicios que usted necesita. Esto significa, por ejemplo:
  - El equipo de atención médica se asegurará de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma para poder reducir cualquier efecto secundario.
  - Su equipo de atención médica se asegurará de que los resultados de sus exámenes médicos se compartan con todos sus médicos y otros proveedores.

D. Área de servicio de Blue Cross Community MMAI

Nuestra área de servicios incluye todos los condados de Illinois, excepto los condados de Champaign y Massac.

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

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Asegurado de Blue Cross Community MMAI al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Atendemos los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita.

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

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

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

- viva en un área de servicio (no se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicios, incluso si se encuentran ubicadas físicamente en él), **y**
- tiene Medicare Parte A y Medicare Parte B **y**
- es elegible para Medicaid **y**
- es un ciudadano de los Estados Unidos o está presente de manera legal en los Estados Unidos **y**
- tiene 21 años o más al momento de la inscripción **y**
- está inscrito en la ayuda de Medicaid para la categoría de asistencia a ancianos, ciegos y discapacitados **y**
- si cumple con todos los otros criterios de demostración y está en uno de los siguientes programas de exención 1915(c) de Medicaid:
  - Personas de edad avanzada
  - Personas con discapacidades
  - Personas con VIH/SIDA
  - Personas con lesión cerebral, **o**
  - Personas que residen en centros de vida asistida

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

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

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

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

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

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

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

G. Su plan de cuidado

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

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

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

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

H. Prima mensual del plan Blue Cross Community MMAI

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

I. El *Manual del Miembro*

Este *Manual del miembro* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que tenemos que seguir todas las reglas en este documento. Si usted considera que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, puede apelar o impugnar nuestra acción. Para obtener información acerca de cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección D o llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**.

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

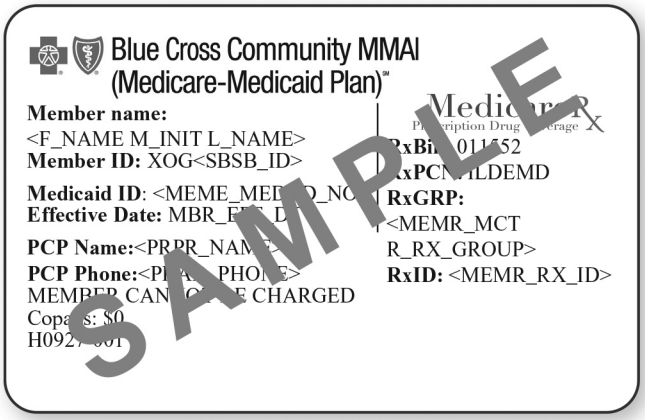
El contrato estará vigente durante los meses en que esté inscrito en Blue Cross Community MMAI, desde el 1 de enero de 2023 hasta el 31 de diciembre de 2023.

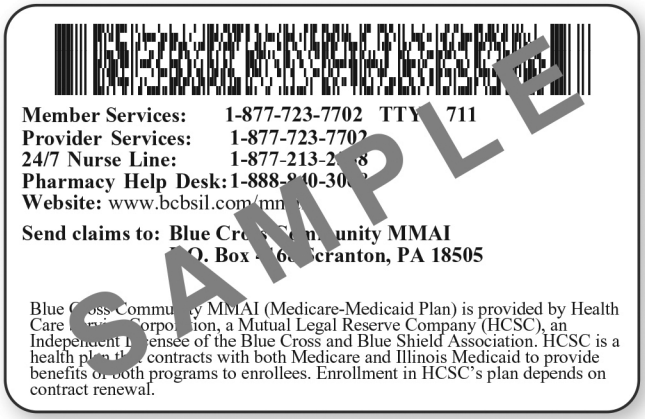
J. Otra información que obtendrá de nosotros

Usted ya debería haber recibido su tarjeta de identificación del miembro de Blue Cross Community MMAI, información sobre cómo acceder a un *Directorio de proveedores y farmacias* e información sobre cómo acceder a la *Lista de los Medicamentos Cubiertos*.

J1. Su tarjeta de identificación del miembro de Blue Cross Community MMAI

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





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

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

J2. *Directorio de proveedores y farmacias*

En el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, se enumeran los proveedores y farmacias de la red de Blue Cross Community MMAI. Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá utilizar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Existen algunas excepciones cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan (consulte la página 36).

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

Puede solicitar un *Directorio de Proveedores y Farmacias* llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en **bcbsil.com/mmai** o descargarlo desde este sitio web.

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

Definición de proveedores dentro de la red

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

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

Definición de farmacias dentro de la red

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

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en **bcbsil.com/mmai** o descargarlo desde este sitio web. Tanto el Departamento de Servicios para

Miembros como la página web de Blue Cross Community MMAI pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores y farmacias de la red.

J3. *Lista de los medicamentos cubiertos*

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. Para abreviar, la llamamos "Lista de medicamentos". Indica qué medicamentos recetados están cubiertos por Blue Cross Community MMAI.

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

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

J4. La *Explicación de beneficios*

Cuando utilice los beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarlo a comprender y mantener un control de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Descripción de Beneficios* (o EOB).

En la EOB, se informa la suma total que usted, u otros en su nombre, han gastado en los medicamentos recetados de la Parte D y la suma total que nosotros hemos pagado por cada uno de estos durante el mes. En la EOB, podrá encontrar más información sobre los medicamentos que usted toma. En el Capítulo 6, se proporciona información adicional acerca de la EOB y cómo puede ayudarlo a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

También está disponible una EOB cuando usted lo solicite. Para obtener una copia, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

También puede registrarse para recibir el resumen de la Descripción 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.

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

- Marque la casilla de correo electrónico.
- Haga clic en Guardar.

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

K. Cómo mantener su perfil de afiliado actualizado

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

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

Háganos saber lo siguiente:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico, por ejemplo, de su empleador, del empleador de su esposo(a) o de su pareja doméstica, o indemnización al trabajador.
- Cualquier reclamo por responsabilidad civil, como reclamos por accidentes de automóvil.
- Admisión a una residencia para ancianos u hospital.
- Atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Cambios en su cuidador (o cualquiera que sea responsable por usted).
- Usted es parte o se vuelve parte de un estudio de investigación clínica (NOTA: no está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que desea participar, pero lo alentamos a que lo haga).

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

K1. Privacidad de su información médica personal (PHI)

Su perfil de afiliado puede incluir información médica personal (PHI, por sus siglas en inglés). Las leyes requieren que mantengamos confidencial su historia clínica y su PHI. Nos aseguramos de que su información de atención médica esté protegida.

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

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

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos importantes

Introducción

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

Tabla de contenidos

A. Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de Blue Cross Community MMAI 21

A1. Cuándo contactar al Departamento de Servicios para Miembros 21

B. Cómo comunicarse con su coordinador de cuidados 23

B1. Cuándo comunicarse con su coordinador de cuidados 24

C. Cómo comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermeras 25

C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermeras 25

D. Cómo comunicarse con la Línea de crisis de salud conductual 26

D1. Cuándo comunicarse con la Línea de crisis de salud conductual 26

E. Cómo comunicarse con el Programa de Seguro de Salud de Personas Mayores (SHIP) 26

E1. Cuándo contactar a SHIP 27

F. Cómo comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO) 27

F1. Cuándo comunicarse con Livanta BFCC-QIO 27

G. Cómo comunicarse con Medicare 28

H. Cómo comunicarse con Medicaid 29

I. Cómo comunicarse con la línea directa sobre beneficios de la salud de Illinois 29

J. Cómo comunicarse con el Programa de mediador de atención en el hogar de Illinois 29

K. Otros recursos 31

A. Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de Blue Cross Community MMAI

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

A1. Cuándo contactar al Departamento de Servicios para Miembros

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre reclamos, facturación o tarjetas de identificación de miembros de MMAI Blue Cross Community
- Decisiones de cobertura acerca de su atención médica
  - Una decisión de cobertura acerca de su atención médica es una decisión acerca de lo siguiente:
    - Sus beneficios y los servicios cubiertos, **o**
    - La suma que pagaremos por sus servicios de salud.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Asegurado de Blue Cross Community MMAI al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Atendemos los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita.

  - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura acerca de la atención médica.
  - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9, Sección D.
- Apelaciones sobre su atención médica
  - Una apelación es una manera formal de solicitar que revisemos una decisión acerca de su cobertura y pedirnos que la cambiemos si considera que hemos cometido un error.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección D.
- Quejas sobre su atención médica
  - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor, incluyendo un proveedor fuera de la red o de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También puede presentar una queja sobre la calidad de la atención que recibió ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (consulte la Sección F que se incluye más adelante).
  - Si su queja es acerca de una decisión de cobertura sobre su atención médica, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
  - Puede enviar una queja acerca de Blue Cross Community MMAI directamente a Medicare. Puede usar el formulario en línea en **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**. O puede llamar al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) para pedir ayuda.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja acerca de su atención médica, consulte el Capítulo 9, Sección C.
- Decisiones de cobertura acerca de sus medicamentos
  - Una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos es una decisión sobre lo siguiente:
    - Sus beneficios y los medicamentos cubiertos, **o**
    - La suma que pagaremos por los medicamentos.
  - Esto aplica a sus medicamentos Parte D, medicamentos recetados de Medicaid y medicamentos de venta libre de Medicaid.
  - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura acerca de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 9.
- Apelaciones sobre los medicamentos
  - Una apelación es una forma de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.

  - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación acerca de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 9 o llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación acerca de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 9.
- Quejas sobre los medicamentos
  - Puede presentar una queja sobre nosotros o una farmacia. Esto incluye una queja acerca de sus medicamentos recetados.
  - Si su queja es acerca de una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
  - Puede enviar una queja acerca de Blue Cross Community MMAI directamente a Medicare. Puede usar el formulario en línea en **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**. O puede llamar al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) para pedir ayuda.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja acerca de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 9.
- Pago de atención médica o medicamentos que usted ya pagó
  - Para obtener más información acerca de cómo solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió, consulte el Capítulo 7, Sección A.
  - Si nos solicita que paguemos una factura y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9, Sección E, para obtener más información sobre las apelaciones.

B. Cómo comunicarse con su coordinador de cuidados

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

LLAME AL	**1-877-723-7702**. Esta llamada es gratuita. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Asegurado de Blue Cross Community MMAI al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Atendemos los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita.

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

B1. Cuándo comunicarse con su coordinador de cuidados

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

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

- Atención de enfermería especializada
- Asistente personal
- Ama de casa
- Atención diurna para adultos
- Sistema de auxilio para emergencias en el hogar
- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Terapia del habla
- Atención médica domiciliaria
- Transporte
- Servicio de salud conductual

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

- Habilitación del día para ayudar a recuperar la independencia en su hogar
- Mejoras en la accesibilidad del hogar, como rampas para sillas de ruedas o barandas de baño
- Comidas entregadas a domicilio
- Atención médica domiciliaria
- Enfermería intermitente
- Asistente personal
- Servicios prevocacionales
- Suministros y equipo médico especializado
- Empleo con apoyo
- Descanso para el cuidador de familiares y amigos

C. Cómo comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermeras

Nuestra Línea de Consejos de Enfermeras lo conectará con un enfermero quien responderá sus preguntas de salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El enfermero puede ayudarlo a decidir si necesita ir a emergencias o a un centro de atención de urgencia, o si debe esperar a ver a su PCP. Si cree que tiene un problema urgente y su médico no puede verlo de inmediato, llame a la Línea de Consejos de Enfermeras para obtener ayuda.

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

C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermeras

- Preguntas sobre su atención médica

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

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

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

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

- Hablar sobre sentimientos de desesperanza
- Experimentar altos niveles de ansiedad o agitación
- Aumentar los comportamientos de riesgo o el abuso de sustancias
- Pensamientos suicidas u homicidas

E. Cómo comunicarse con el Programa de Seguro de Salud de Personas Mayores (SHIP)

El Programa de Seguro de Salud de Personas Mayores (SHIP) le brinda asesoramiento gratuito sobre seguro médico a personas con Medicare. SHIP no está asociado con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

LLAME AL	**1-800-252-8966** de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. Esta llamada es gratuita.
TTY	**1-888-206-1327** de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. Esta llamada es gratuita.

ESCRÍBANOS	Senior Health Insurance Program Illinois Department on Aging One Natural Resources Way, Suite 100 Springfield, IL 62702-1271
CORREO ELECTRÓNICO	**AGING.SHIP@illinois.gov**
SITIO WEB:	**www2.illinois.gov/aging/ship/Pages/default.aspx**

E1. Cuándo contactar a SHIP

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

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

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

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

F1. Cuándo comunicarse con Livanta BFCC-QIO

- Preguntas sobre su atención médica

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

- Usted puede presentar una queja sobre el cuidado que recibió si:
  - tiene un problema con la calidad de la atención médica,
  - cree que su permanencia en el hospital termina demasiado pronto, **o**
  - considera que su atención médica domiciliaria o la atención en centros de enfermería especializada o en el centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés) finaliza demasiado pronto.

G. Cómo comunicarse con Medicare

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

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

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

H. Cómo comunicarse con Medicaid

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

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

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

I. Cómo comunicarse con la línea directa sobre beneficios de la salud de Illinois

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

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

J. Cómo comunicarse con el Programa de mediador de atención en el hogar de Illinois

El Programa de Mediador de Atención a Domicilio de Illinois es un programa de mediación que funciona como un defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o queja y puede ayudarlo a comprender qué hacer. También pueden ayudarlo a presentar una queja o una apelación con nuestro plan. La Defensoría de Atención a domicilio de Illinois no está relacionada con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

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

K. Otros recursos

Servicios de Inscripción al Cliente de Illinois

Los Servicios de Inscripción al Cliente de Illinois están disponibles para ayudarlo con las comparaciones de planes, encontrar un proveedor e inscribirse en un plan de salud. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

Llame: 1-877-912-8880

TTY 1-866-565-8576

Por correo electrónico: **Hfs.webmaster@illinois.gov**

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

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

2102 W. Ogden Ave
Chicago, IL 60612
Llame al: 1-312-746-5300
TTY: 312-746-0321
Fax: 312-744-1022
Correo electrónico: **aging@cityofchicago.org**
Sitio web: **https://www.chicago.gov/**

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

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

53 West Jackson, Suite 1340
Chicago, IL 60604
Llame al: 1-312-461-0812
Fax: 1-312-461-1466
Correo electrónico: **info@clese.org**
Sitio web: **http://www.clese.org/**

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

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

Agencia del Área para la Tercera Edad del Noreste de Illinois

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

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

Línea de Crisis de Salud Conductual

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

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

Línea de Ayuda de Illinois sobre Opioides y Otras Sustancias

Llame: 1-833-2FINDHELP
Sitio web: **https://helplineil.org/**

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

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

Introducción

Este capítulo tiene reglas y términos específicos que debe conocer para obtener atención médica y otros servicios cubiertos de Blue Cross Community MMAI. También le informa sobre su coordinador de cuidados, cómo obtener atención de diferentes tipos de proveedores y bajo ciertas circunstancias especiales (incluso de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer cuando se le factura directamente por servicios cubiertos por nuestro plan y las reglas para poseer Equipo Médico Duradero (DME, en inglés). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Tabla de contenidos

A. Información acerca de "servicios", "servicios cubiertos", "proveedores" y "proveedores de la red" 36

B. Reglas para obtener su atención médica, servicios de salud conductual y servicios a largo plazo y apoyos (LTSS) cubiertos por el plan 36

C. Información acerca de su coordinador de cuidados 38

C1. Qué es un coordinador de cuidados 39

C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de cuidados 39

C3. Cómo puede cambiar a su coordinador de cuidados 39

D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red 40

D1. Atención de un proveedor de atención médica primaria 40

D2. Atención médica de especialistas y otros proveedores de la red 42

D3. ¿Qué hacer cuando un proveedor de la red sale del plan? 43

D4. Cómo recibir atención médica de proveedores fuera de la red 44

E. Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) 44

F. Cómo obtener servicios de salud conductual 44

G. Cómo obtener atención médica autodirigida 45

G1. Qué es la atención médica autodirigida 45

G2. Quién puede obtener atención médica autodirigida 46

G3. Cómo obtener ayuda al emplear a los proveedores de atención médica personal 46

H. Cómo obtener servicios de transporte 46

I. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre 47

I1. Cuidado en casos de emergencia médica 47

I2. Atención médica requerida urgentemente 48

I3. Atención médica durante un desastre 49

J. Qué hacer si le facturan directamente por servicios cubiertos por el plan 50

J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan 50

K. Cobertura de servicios de atención médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica 51

K1. Definición de estudio de investigación clínica 51

K2. Pago por servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica 51

K3. Aprenda más acerca de estudios de investigación clínica 52

L. Cómo están cubiertos sus servicios de atención médica cuando obtiene atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica 52

L1. Definición de institución no médica religiosa dedicada a la atención médica 52

L2. Obtener atención médica en una institución religiosa de salud no médica 52

M. Equipo médico duradero (DME) 53

M1. DME como miembro de nuestro plan 53

M2. La propiedad de DME cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage 53

M3. Beneficios de equipo de oxígeno como miembro del plan 54

M4. Equipo de oxígeno cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage 54

A. Información acerca de "servicios", "servicios cubiertos", "proveedores" y "proveedores de la red"

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

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

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores han acordado aceptar nuestro pago como pago completo. Estos proveedores han acordado facturarnos directamente por la atención que le prestan. Cuando visita a un proveedor de la red, por lo general, no debe pagar por los servicios cubiertos.

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

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

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

- El cuidado que reciba debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que se debe incluir en la Tabla de Beneficios del plan. (La tabla se encuentra en el Capítulo 4, SecciónD de este manual).
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Médicamente necesario significa que usted necesita servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad que ya padezca o para mantener su estado de salud actual. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de prácticas médicas o, de otro modo, son necesarios según las reglas de cobertura actuales de Medicare o Medicaid de Illinois.
- Debe contar con un **Proveedor de atención primaria (PCP, en inglés)** de la red que haya ordenado la atención o le haya dicho que acuda a otro médico. Como miembro del plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP.

- En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe autorizarlo antes de poder ver a alguien que no sea su PCP o utilizar a otros proveedores de la red del plan. Esto se llama una **remisión**. Si usted no recibe la aprobación, Blue Cross Community MMAI no podrá cubrir los servicios. No necesita una remisión para algunos especialistas, como los de salud de la mujer. Para obtener más información acerca de las remisiones, consulte la página 42.
- No se necesita una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o atención médica requerida urgentemente, ni para recurrir a un proveedor de salud de la mujer. Puede obtener otros tipos de atención médica sin tener una remisión del PCP. Para obtener más información acerca de este tema, consulte la página 40.
- Para obtener más información acerca de cómo elegir un PCP, consulte la página 40.
- **NOTA:**si esta es la primera vez que está en un Medicare-Medicaid Plan, puede continuar recurriendo a sus proveedores actuales durante los primeros 180 días con nuestro plan, sin costo, si no son parte de nuestra red de servicios. Si se cambió a Blue Cross Community MMAI de un Medicare-Medicaid Plan diferente, puede continuar usando sus proveedores actuales durante los primeros 90 días en nuestro plan, sin costo, si no son parte de nuestra red de servicios. Durante el período de transición, nuestro coordinador de cuidados se comunicará con usted para ayudarlo a encontrar proveedores en nuestra red. Después de ese período, ya no cubriremos su atención médica si continúa recurriendo a proveedores fuera de la red.

- **Debe recibir su atención médica de proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubrirá la atención médica de un proveedor que no trabaje con el plan de salud. Aquí hay algunos casos en los que no se aplica esta regla:
  - El plan cubre la atención de emergencia o la atención médica requerida urgentemente que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y averiguar más sobre lo que significa una emergencia o atención médica inmediata, consulte la Sección I, página 47.
  - Si requiere la atención médica que cubre nuestro plan y nuestros proveedores de la red no pueden proveérsela, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. Nuestro plan requiere autorización para que obtenga atención médica de un proveedor fuera de la red. Trabaje con su PCP y comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros a fin de comenzar este proceso. Usted o su PCP pueden iniciar este proceso. En este caso, cubriremos la atención como si la hubiera recibido a través de un proveedor de la red. Para obtener información acerca de cómo obtener la aprobación para usar un proveedor que no forma parte de la red, consulte la Sección D, página 44.
  - El plan cubre servicios de diálisis renal cuando usted esté fuera del área de servicios del plan o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o no pueda acceder a él durante un breve periodo. Usted puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.

- Cuando se inscriba en el plan, podrá continuar usando los proveedores a los que acude actualmente durante 180 días.

C. Información acerca de su coordinador de cuidados

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

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

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

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

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

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

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

C1. Qué es un coordinador de cuidados

Su coordinador de cuidados se encarga de organizar su atención y de ayudarlo a gestionar sus proveedores y servicios de salud. Su coordinador de cuidados:

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

C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de cuidados

También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita.

C3. Cómo puede cambiar a su coordinador de cuidados

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-877-723-7702** (TTY: **711**) durante el horario anterior. Esta llamada es gratuita. Pida un traductor si no habla inglés.

D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red

D1. Atención de un proveedor de atención médica primaria

Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y gestione su cuidado.

Definición de "PCP" y lo que el PCP hace por usted

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

- Mantendrá su historia clínica y conocerá sus necesidades de salud con el tiempo.
- Brindará una autorización previa si necesita una consulta con un proveedor fuera de la red para obtener servicios que no son de emergencia.
- Firmó un acuerdo especial de Servicios Médicos con Blue Cross y Blue Shield de Illinois.

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

¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como un PCP?

Su PCP podría ser un médico especializado en medicina interna, medicina de familia o geriatría. Si es una mujer, puede seleccionar como PCP a un proveedor de atención médica para la mujer, como un ginecólogo u obstetra y ginecólogo (OB/GYN).

La función de un PCP en:

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

Su elección de PCP

Puede elegir su PCP al inscribirse en Blue Cross Community MMAI. Si desea ver a un determinado especialista o acudir a un hospital específico, primero verifique que el especialista o el hospital formen parte de la red para estar seguro. Si no es así, su PCP deberá solicitar una autorización previa. Para elegir un PCP, vaya a la lista de médicos en su *Directorio de proveedores y farmacias* de Blue Cross Community MMAI 2023 y realice una de las siguientes opciones:

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

Opción de cambiar de PCP

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

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

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

Servicios que puede obtener sin la aprobación del PCP

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

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o proveedores fuera de la red
- Atención médica requerida urgentemente recibida por parte de proveedores de la red.

- Atención médica requerida urgentemente recibida por parte de proveedores fuera de la red cuando no puede acceder a los proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan o necesita atención inmediata durante el fin de semana).

NOTA: los servicios deben ser médicamente necesarios y de inmediato.

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

D2. Atención médica de especialistas y otros proveedores de la red

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

- Los oncólogos se ocupan de los pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con problemas del corazón.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con problemas en los huesos, las articulaciones o los músculos.

El papel del PCP en la remisión de los miembros a especialistas y otros proveedores

Si su PCP cree que necesita ver a un especialista u otro proveedor, lo remitirá. Por lo general, su PCP lo remitirá a un proveedor con el que haya trabajado antes. También puede consultar a un especialista de nuestra red sin autorización previa. Tenga en cuenta que los servicios o suministros que no figuren como cubiertos (consulte el Capítulo 4) no se cubrirán, aunque los solicite su PCP.

El proceso para obtener una autorización previa

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

¿Quién es responsable de obtener la autorización previa?

Su PCP se encargará del proceso de autorización previa.

¿Cómo sé si necesito una autorización previa?

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

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

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

Un proveedor de la red que usted está utilizando podría abandonar nuestro plan.

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

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

- Debemos brindarle a usted acceso ininterrumpido a proveedores calificados, aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para avisarle con al menos 60 días de anticipación para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si usted se encuentra en tratamiento médico, tiene el derecho a solicitar que su tratamiento médicamente necesario que usted obtiene no se vea interrumpido. Trabajaremos con usted para garantizar que continúe obteniendo el tratamiento que necesita.
- Si no podemos encontrar un especialista calificado de la red a su alcance, debemos coordinar un especialista fuera de la red para brindarle atención.
- Si considera que no hemos remplazado al proveedor anterior con un proveedor calificado o que su atención médica no está siendo bien administrada, tiene el derecho a presentar una apelación sobre nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

Si usted se entera de que uno de nuestros proveedores está por abandonar nuestra red, contacte a nuestro Departamento de Servicios para Miembros, para que podamos asistirlo en la búsqueda de un nuevo proveedor y en la administración de su atención médica. Si tiene preguntas, llame a Servicio al para Miembros de Blue Cross Community MMAI al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del

Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita.

D4. Cómo recibir atención médica de proveedores fuera de la red

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

Si usted consulta a un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare y/o Medicaid.

- Nosotros no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare y/o Medicaid.
- Si consulta a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare debe pagar el costo total de los servicios que recibe.
- Los proveedores deben informarle a usted si no son elegibles para participar en Medicare.
- Un proveedor debe estar inscrito como Proveedor de Medicaid de Illinois para ser pagado por cualquier servicio de Medicaid que le proporcione.

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

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

F. Cómo obtener servicios de salud conductual

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

Esto puede incluir medicamentos, asesoramiento (terapia), apoyo social y educación. Esta atención puede brindarse en un entorno comunitario, en un programa de día o en el consultorio de un médico, o en otro lugar que le resulte más fácil, como su casa.

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

Cómo obtener servicios de salud conductual

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

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

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

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

G. Cómo obtener atención médica autodirigida

G1. Qué es la atención médica autodirigida

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

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

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

El proceso funciona de la siguiente manera:

1. Recibirá una llamada para una evaluación de salud.

2. Después de la evaluación de salud, se le asignará un Coordinador de Cuidados.
3. Usted y su Coordinador de Cuidados diseñarán su plan de atención médica y determinarán los servicios que necesita (asistente personal, entrega de comidas, necesidades de equipos) según su evaluación de salud.
4. Su Coordinador de Cuidados le explicará la atención médica autodirigida y el funcionamiento del proceso.

G2. Quién puede obtener atención médica autodirigida

La atención autodirigida se limita a los miembros de Blue Cross Community MMAI que estén inscritos en un programa de exención específico basado en el hogar y la comunidad.

G3. Cómo obtener ayuda al emplear a los proveedores de atención médica personal

Si tiene preguntas sobre la atención médica autodirigida o la contratación de proveedores de atención personal, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Blue Cross Community MMAI al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita.

H. Cómo obtener servicios de transporte

Es posible que pueda obtener transporte de ida y vuelta al consultorio médico o al centro de salud. Los viajes deben ser solo por motivos médicos.

Servicios cubiertos	Servicios no cubiertos
El plan le ofrece transporte cuando no tiene otra forma de llegar a los siguientes lugares: • una consulta con el médico, • una consulta con otros proveedores de atención médica, • una consulta con el odontólogo, • una farmacia después de una consulta con el proveedor, • tratamiento de diálisis.	El plan no cubre el transporte en los siguientes casos: • Por razones no médicas. • Para ver a un proveedor que se encuentra a más de 40 millas (64 km) de donde vive (sin aprobación especial). • Para ver a un proveedor que está fuera de nuestra red (sin aprobación especial).

Si necesita ir al médico, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-877-723-7702 (TTY: 711) al menos 72 horas antes de su cita. Llame al 911 si necesita transporte de emergencia. No necesita aprobación previa en caso de emergencia.

I. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre

I1. Cuidado en casos de emergencia médica

Definición de emergencia médica

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

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

Qué hacer si ocurre una emergencia médica

En caso de una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame para solicitar una ambulancia en caso de necesitar una. *No* es necesario que obtenga primero la aprobación ni la remisión médica de su PCP. No es necesario que acuda a un proveedor que forme parte de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cuando la necesite, en cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios, de cualquier proveedor que tenga una licencia estatal adecuada.
- **En cuanto pueda, asegúrese de informar al plan sobre 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. Sin embargo, no tendrá que pagar los servicios de emergencia si se demora en avisarnos. Llame al **1-877-723-7702** (TTY:**711**). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Asegurado de Blue Cross Community MMAI al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Atendemos los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

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

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

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

Una vez concluida la emergencia, usted podría necesitar cuidado de seguimiento para asegurarse de que mejore. El cuidado de seguimiento está cubierto por nuestro plan. Si obtiene su atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos obtener proveedores de la red que se hagan cargo de su cuidado tan pronto como sea posible.

¿Qué hacer si ocurre una emergencia de salud conductual?

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

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

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

Obtener atención médica de emergencia si no era una emergencia

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

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

- acude a un proveedor de la red, **o**
- la atención adicional que usted obtiene se considera “atención médica requerida urgentemente” y usted sigue las reglas para obtener esta atención médica. (Consulte la siguiente sección).

I2. Atención médica requerida urgentemente

Definición de atención médica requerida urgentemente

La atención médica requerida urgentemente es la atención que usted recibe por una enfermedad, lesión o condición repentina que no es una emergencia, pero necesita atención inmediata. Por ejemplo, usted podría tener un brote de una condición existente y necesita someterse a tratamiento.

Atención médica requerida urgentemente cuando está dentro del área de servicio del plan

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

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

Sin embargo, si usted no puede conseguir un proveedor de la red, nosotros cubriremos la atención médica requerida urgentemente que reciba de un proveedor fuera de la red.

Puede ir a cualquier centro de atención urgente si cree que necesita atención médica de urgencia. Si se encuentra dentro del área de servicio del plan, llame al Grupo Médico de su PCP al número que figura en su tarjeta de identificación del miembro para que lo ayuden a recibir atención de urgencia. Si no tiene una tarjeta de identificación, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita.

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

Atención médica requerida urgentemente cuando está fuera del área de servicio del plan

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

Nuestro plan no cubre atención médica requerida urgentemente ni cualquier otro tipo de atención médica que no sea de emergencia que reciba fuera de los Estados Unidos.

I3. Atención médica durante un desastre

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

Visite nuestra página web para obtener información sobre cómo recibir la atención médica necesaria durante un desastre declarado: **bcbsil.com/mmai**.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Asegurado de Blue Cross Community MMAI al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Atendemos los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita.

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor de la red, le permitiremos recibir atención médica de proveedores fuera de la red sin costo para usted. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, podrá surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección A8, para obtener más información.

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

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

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

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

J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

Blue Cross Community MMAI cubre todos los servicios:

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

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

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

En el Capítulo 9 se explica qué hacer si usted desea que el plan cubra un servicio médico o artículo médico. También le informa cómo apelar la decisión de cobertura del plan. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información acerca de sus derechos de apelación.

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

K. Cobertura de servicios de atención médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica

K1. Definición de estudio de investigación clínica

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

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

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

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* tiene que informarnos ni necesita obtener aprobación de parte nuestra ni de su proveedor de atención primaria. Los proveedores que le brindan atención médica como parte del estudio *no* tienen que ser proveedores de la red.

Lo alentamos a informarnos antes de empezar a participar en un estudio de investigación clínica. Si planea estar en un estudio de investigación clínica, usted o su coordinador de cuidados debe ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros para avisarnos que participará en un ensayo clínico.

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

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

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

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

K3. Aprenda más acerca de estudios de investigación clínica

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

L. Cómo están cubiertos sus servicios de atención médica cuando obtiene atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica

L1. Definición de institución no médica religiosa dedicada a la atención médica

Una institución no médica religiosa de atención médica es un lugar que proporciona cuidado que usted normalmente recibiría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir cuidado en un hospital o centro de enfermería especializada va contra sus creencias religiosas, cubriremos la atención médica en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica.

Este beneficio se provee únicamente para servicios de pacientes internados de Medicare Parte A (servicios no médicos de atención médica). Medicare solo pagará por servicios no médicos de atención médica brindados por instituciones no médicas religiosas de atención médica.

L2. Obtener atención médica en una institución religiosa de salud no médica

Para recibir cuidado en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica, usted debe firmar un documento legal en el que declare que se opone a recibir tratamientos médicos "no exceptuados".

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

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 está limitada a los aspectos *no religiosos* de la atención médica.
- Si recibe servicios de esta institución que le son proporcionados en un centro, se deben cumplir las siguientes condiciones:
  - Debe tener una condición médica que le permita recibir servicios cubiertos para atención durante la hospitalización o atención en centros de enfermería especializada.

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

M. Equipo médico duradero (DME)

M1. DME como miembro de nuestro plan

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

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

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

En determinadas situaciones, transferiremos el derecho de propiedad del DME a usted. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información sobre los requisitos que debe cumplir y los documentos que debe entregar.

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

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

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

NOTA: Usted puede encontrar definiciones de los planes Original Medicare y Medicare Advantage en el Capítulo 12. Además, puede encontrar más información acerca de ellos en el manual *Medicare y Usted 2023*. Si no cuenta con una copia de este cuadernillo, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (**www.medicare.gov**) o llamando al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

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

- no se hizo propietario del DME mientras estaba en nuestro plan **y**

- sale del plan y obtiene sus beneficios de Medicare a través de Medicare Original en lugar de un plan de salud.

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

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

M3. Beneficios de equipo de oxígeno como miembro del plan

Si usted es elegible para recibir equipos de oxígeno que cubre Medicare y es miembro de nuestro plan, cubriremos lo siguiente:

- 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

El equipo de oxígeno se debe devolver al propietario cuando ya no sea médicamente necesario o si usted deja nuestro plan.

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

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

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo durante 36 meses:**

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

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

- Su proveedor ya no tiene que proporcionarlo, y usted puede optar por recibir un equipo de reemplazo de cualquier otro proveedor.
- Comienza un período nuevo de 5 años.
- Usted alquilará el equipo a un proveedor durante 36 meses.

- Luego, su proveedor debe proporcionar el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- El ciclo nuevo comienza cada 5 años, siempre que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

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

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo le informa acerca de los servicios que Blue Cross Community MMAI cubre y cualquier restricción o límite en aquellos servicios. También le informa acerca de beneficios no cubiertos bajo el plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Tabla de contenidos

A. Sus servicios cubiertos 57

A1. Durante las emergencias de salud pública 57

B. Reglas contra los proveedores que le cobran por servicios 57

C. Tabla de beneficios de nuestro plan 57

D. La Tabla de Beneficios 59

E. Los beneficios de nuestro plan para visitantes o viajeros 106

F. Beneficios cubiertos fuera de Blue Cross Community MMAI 106

F1. Cuidado paliativo 106

G. Beneficios no cubiertos por Blue Cross Community MMAI, Medicare o Medicaid 107

A. Sus servicios cubiertos

En este capítulo, se indica qué servicios cubre Blue Cross Community MMAI. También puede aprender acerca de los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el Capítulo 5. En este capítulo también se explican los límites con respecto a algunos servicios.

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

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

A1. Durante las emergencias de salud pública

Para el 2023, se dispondrá de Telesalud adicional para consultas/evaluaciones de salud conductual y servicios de atención médica inmediata, como el diagnóstico y tratamiento de una variedad de síntomas, es decir, alergias, fiebre, tos, dolor de cabeza y otras enfermedades de bajo riesgo. El beneficio de Telesalud para la salud del comportamiento y la atención inmediata está disponible a través de MD Live sin costo alguno.

B. Reglas contra los proveedores que le cobran por servicios

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

Nunca debería recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si esto sucede, consulte el Capítulo 7, Sección A, o llame al Departamento de Servicios para Miembros.

C. Tabla de Beneficios de nuestro plan

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

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

- Sus servicios cubiertos de Medicare y Medicaid se deben proporcionar de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Medicaid.
- Los servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos) deben ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que usted necesita servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad que ya padezca o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que eviten que usted ingrese a un hospital o a una residencia para ancianos. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de prácticas médicas o, de otro modo, son necesarios según las reglas de cobertura actuales de Medicare o Medicaid de Illinois.
- Usted recibe su atención médica de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. En la mayoría de los casos, el plan no pagará por la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3, Sección D contiene información adicional acerca de cómo utilizar los proveedores de la red y fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de cuidado que proporciona y administra su atención médica. En la mayoría de los casos, su PCP debe autorizarlo antes de poder acudir a alguien que no sea su PCP o de usar otros proveedores de la red del plan. Esto se llama una remisión. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre cómo conseguir una remisión y los casos en los que no se necesita ninguna.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen una aprobación previa de nuestra parte. Esto se llama *autorización previa*. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios con un asterisco (*).
- Todos los servicios médicos preventivos son gratuitos. Encontrará esta manzana ● al lado de los servicios de prevención en la Tabla de Beneficios.

D. La Tabla de Beneficios

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

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
●	**Examen de detección de abuso de alcohol y asesoramiento** El plan cubre un examen de detección de abuso de alcohol para adultos que usan indebidamente el alcohol, pero no son dependientes del alcohol. Esto incluye a las mujeres embarazadas. Si el examen de detección le da positivo para el consumo indebido de alcohol, el plan cubre hasta cuatro sesiones presenciales breves de asesoramiento por año (si usted es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un proveedor médico o proveedor de atención primaria calificado en un entorno de atención primaria.	$0
	Servicios de ambulancia* Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia de ala fija, helicópteros y en tierra. La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención médica. Su condición debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de cuidado pongan en riesgo su vida o su salud. Los servicios de ambulancia para otros casos deben ser aprobados por el plan. En los casos que no son emergencias, el plan puede pagar para solicitar una ambulancia. Su condición debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de cuidado pongan en riesgo su vida o su salud.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
●	**Consulta preventiva anual** Si usted ha estado en la parte B de Medicare durante más de 12 meses, puede recibir un chequeo médico anual. Esto es para elaborar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. El plan cubrirá esto una vez cada 12 meses. **Nota:** Usted no puede someterse a su primer chequeo médico anual en el plazo de 12 meses de su consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare". Usted tendrá cobertura para los controles anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses. Usted no necesita haber tenido primero una consulta de "Bienvenida a Medicare".	$0
●	**Mediciones de masa ósea** El plan cubre ciertos procedimientos para los miembros que califican (por lo general, alguien en riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, encuentran pérdida de masa ósea o determinan la calidad ósea. El plan cubrirá los servicios una vez cada 24 meses o más a menudo si son médicamente necesarios. El plan también pagará por un médico para que examine y comente sobre los resultados.	$0
●	**Examen de detección de cáncer de mama (mamografías)** El plan cubrirá los siguientes servicios: • Una mamografía 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.	$0
	Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)* El plan cubre los servicios de rehabilitación cardíaca, tales como ejercicio, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones con una orden del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
●	**Consulta para reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (corazón) (tratamiento de enfermedades del corazón)** El plan cubre una consulta anual a su proveedor de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de padecer enfermedades cardíacas. Durante esta consulta, es posible que su médico haga lo siguiente: • hable sobre el uso de la aspirina, • mida su presión arterial, o • le de consejos para asegurarse de que está comiendo apropiadamente.	$0
●	**Pruebas de enfermedades cardiovasculares (del corazón)** El plan cubre los análisis de sangre para determinar si hay una enfermedad cardiovascular una vez cada cinco años (60 meses). Estos exámenes de la sangre también determinan si existen defectos debido a un elevado riesgo de enfermedades cardíacas. Si su proveedor de atención primaria lo considera médicamente necesario, puede haber cobertura para exámenes adicionales.	$0
	Teléfono celular* El plan cubre un teléfono celular para miembros con ciertas enfermedades que no tienen acceso habitual a un teléfono. El coordinador de cuidados debe aprobar que necesite un teléfono en su plan de atención médica.	$0
●	**Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino** El plan cubre los siguientes servicios: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicoláou y exploraciones pélvicas una vez cada 12 meses	$0
	Servicios quiroprácticos El plan cubre los ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
●	**Examen de detección de cáncer colorrectal** El plan cubre los siguientes servicios: • Sigmoidoscopía flexible (o examen de enema de bario) cada 48 meses • Prueba de sangre oculta en heces cada 12 meses • Prueba de sangre oculta en heces basada en guayacol o prueba fecal inmunoquímica cada 12 meses • Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años • Examen preventivo de colonoscopia – Para las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, el plan cubrirá una colonoscopia (o examen preventivo de enema de bario) cada 24 meses. – Para personas que no presentan alto riesgo de cáncer colorrectal, el plan cubrirá una colonoscopía cada diez años (pero no dentro de los 48 meses después una sigmoidoscopía). Los exámenes de detección adicionales pueden estar cubiertos si su proveedor de atención primaria los considera médicamente necesarios.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
●	**Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco** Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco: • El plan cubrirá dos intentos con asesoramiento para dejar el tabaco en un período de 12 meses como servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: • El plan cubrirá dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. Si consume tabaco y está embarazada: • El plan cubrirá tres intentos para dejar de fumar con asesoramiento dentro de un período de 12 meses. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
	Servicios dentales El plan cubre los siguientes servicios dentales: • Exámenes integrales y limitados • Restauraciones • Dentaduras postizas • Extracciones • Sedación • Emergencias dentales • Servicios dentales necesarios para la salud de una mujer embarazada antes del parto de su bebé • Limpieza dental • Exámenes bucales • Limpieza profunda • Tratamiento para la enfermedad de las encías Además de los servicios dentales anteriores, Blue Cross Community MMAI también cubre los siguientes servicios de prevención: • dos exámenes orales por año, • dos limpiezas preventivas por año, • un tratamiento con fluoruro por año, • una radiografía por año.	$0
	Servicios dentales e integrales El plan ofrece una asignación de $800 como beneficio complementario cada año para ayudar a pagar los servicios dentales que, de otra manera, no tendrían cobertura de Medicare o Medicaid.	El miembro sería responsable de cualquier cargo por los servicios que excedan el beneficio complementario anual de $800.
●	**Examen de detección de depresión** El plan cubrirá un examen de detección de la depresión cada año. El examen de detección debe hacerse en un entorno de atención médica primaria que provea tratamientos de seguimiento y remisiones.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
●	**Examen de detección de diabetes** El plan cubre este examen preventivo (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si usted presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: • Presión arterial alta (hipertensión) • Historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • Obesidad • Historial de alto nivel de azúcar en sangre (glucosa) Las pruebas podrían estar cubiertas en algunos otros casos, como por ejemplo, si tiene sobrepeso y tiene antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de las pruebas, podría ser elegible hasta para dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
•	**Suministros, servicios y capacitación para el autocontrol de la diabetes** El plan cubrirá los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no): • Materiales para comprobar su glucosa en sangre, incluidos los siguientes – Un monitor de glucosa en sangre – Tiras de prueba de glucosa en sangre – Lancetas y dispositivos para lancetas – Soluciones para control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores • Para personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético, el plan cubrirá lo siguiente: – Un par de zapatos terapéuticos moldeados a la medida (incluyendo plantillas) y dos pares adicionales de plantillas cada año natural, **o** – un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas cada año (sin incluir las plantillas removibles no personalizadas suministradas con dichos zapatos) El plan también cubrirá zapatos terapéuticos personalizados o zapatos de profundidad. • El plan cubrirá capacitación para ayudarlo a controlar su diabetes, en algunos casos. **Nota:** Los suministros para pruebas de control de la diabetes (monitores, tiras reactivas y lancetas) que se obtienen en la farmacia se limitan a los productos 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 de control de la diabetes (monitores, tiras reactivas y lancetas). Asimismo, todas las tiras reactivas estarán sujetas a una cantidad límite de 204 para un período de 30 días.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
	Los productos para el monitoreo continuo de la glucosa (CGM, en inglés) que se obtienen en la farmacia están sujetos a una autorización previa y cantidad límite; además, se prefiere la cobertura para los productos Dexcom G6 y Freestyle Libre de Abbott.	
	Atención médica de emergencia Atención de emergencia significa los siguientes servicios: • prestados por un proveedor capacitado para proporcionar servicios de emergencia, **y** • necesarios para el tratamiento de una emergencia médica. Una emergencia médica es una afección médica con dolor agudo o una lesión grave. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona que tenga un conocimiento promedio de medicina y salud podría esperar que suceda lo siguiente: • serio riesgo para su salud o la de su hijo nonato **o** • daño grave en las funciones corporales; **o** • disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo **o** • en caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando: – no hay suficiente tiempo para trasladarla a otro hospital antes del parto. – La transferencia puede representar un riesgo para su salud o su seguridad o las del niño nonato. Usted puede recibir atención médica de emergencia cubierta en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. La atención médica de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios no está cubierta, excepto en determinadas situaciones. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información.	$0 Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención durante la hospitalización después de que su emergencia se haya estabilizado, debe regresar a un hospital de la red para que se cubra su atención médica. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para la atención durante hospitalización únicamente si el plan aprueba su permanencia.

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
	Servicios de planificación familiar La ley le permite elegir a cualquier proveedor para obtener ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar. El plan cubrirá los siguientes servicios: • Examen de planificación familiar y tratamiento médico • Laboratorio de planificación familiar y pruebas de diagnóstico • Métodos de planificación familiar (píldoras anticonceptivas, parche, anillo, DIU, inyecciones, implantes) • Suministros de planificación familiar con receta médica (condón, esponja, espuma, placa, diafragma, capuchón) • Asesoramiento y diagnóstico de la infertilidad y servicios relacionados • Asesoramiento y pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA y otras condiciones relacionadas con el VIH. • Tratamiento para enfermedades de transmisión sexual (ETS) • Esterilización voluntaria (debe tener 21 años de edad o más, y debe firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización. Por lo menos 30 días, pero no más de 180 días, deben transcurrir entre la fecha en que usted firme el formulario y la fecha de la cirugía). • Asesoramiento genético • Vitaminas prenatales y suplementos de ácido fólico ordenados por receta médica y surtidos por una farmacia El plan también cubrirá algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, usted deberá recurrir a un proveedor de la red del plan para los siguientes servicios:	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
	• El tratamiento de condiciones médicas de infertilidad (Este servicio no incluye formas artificiales para quedar embarazada). • Servicios de preservación de la fertilidad. • Tratamiento para el SIDA y otras condiciones relacionadas con el VIH • Pruebas genéticas	
	Servicios de reasignación de género Para los miembros con un diagnóstico de disforia de género, el plan cubre los servicios de reasignación de género. Algunos exámenes preventivos y servicios están sujetos a autorización previa y requisitos de remisión.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
●	**Programas educativos sobre salud y bienestar** Programa de Manejo de Enfermedades • El Programa de Manejo de Enfermedades de Blue Cross Community MMAI es un plan integral que sigue los componentes reconocidos a nivel nacional de las intervenciones por enfermedades crónicas. Esto incluye servicios de educación, asesoría en salud y administración de cuidados para abordar su enfermedad crónica. • Para obtener más información, llame a su coordinador de cuidados. Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas del día, los 7 días de la semana • Esta línea de ayuda tiene personal las 24 horas del día con enfermeras profesionales que pueden ayudarlo a decidir si debe llamar a su médico, acudir a una sala de emergencias (ER, en inglés) o una atención médica de urgencia, o tratar el problema usted mismo. • Puede llamar al número que aparece al dorso de su tarjeta de identificación para obtener el número de la Línea de Consejos de Enfermeras disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana para su plan. Programa de acondicionamiento físico • SilverSneakers puede ayudarlo a vivir una vida más saludable y activa mediante el acondicionamiento físico y la conexión social. • Visite **SilverSneakers.com** para averiguar más 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.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
	Servicios de audición* El plan cubre exámenes auditivos y equilibrio, realizados por su proveedor. Estas pruebas le informan si necesita un tratamiento médico. Están cubiertas como atención médica ambulatoria cuando las obtiene de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. El plan también cubre lo siguiente: • Exámenes auditivos básicos y avanzados • Asesoramiento sobre audífonos • Ajuste/evaluación de un aparato auditivo • Audífonos una vez cada tres años • Baterías y accesorios para audífonos • Reparación y repuestos de las piezas del audífono	$0
●	**Examen de detección de VIH** El plan paga por un examen de detección de VIH cada 12 meses para las personas que: • soliciten una prueba de detección de VIH **o** • tengan mayor riesgo de infección por VIH. Para las mujeres que están embarazadas, el plan paga hasta tres exámenes de detección de VIH durante el embarazo.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
	Atención de una agencia de atención médica domiciliaria* Antes de que pueda obtener servicios médicos domiciliarios, un médico debe indicarnos que los necesita, y estos deben ser proporcionados por una agencia de atención médica domiciliaria. El plan cubrirá los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • 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.	$0

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

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
	Cuidados paliativos*	$0
	Puede obtener cuidado de cualquier programa de centro de cuidado paliativo certificado por Medicare. Tiene derecho a elegir cuidado paliativo si su proveedor y el director médico del centro de cuidado paliativo determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.	
	El plan cubrirá lo siguiente mientras usted esté obteniendo servicios en un centro de cuidado paliativo: • Medicamentos para tratar el dolor y los síntomas • Servicios de cuidado de respiro a corto plazo • Atención en el hogar, incluida la atención médica domiciliaria • Servicios de terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje para controlar los síntomas • Servicios de consejería	
	Los servicios de cuidado paliativo y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B se facturan a Medicare: • Consulte la Sección F en este capítulo para obtener más información.	
	En el caso de los servicios que están cubiertos por Blue Cross Community MMAI, pero no lo están por Medicare Parte A o B: • Blue Cross Community MMAI cubrirá los servicios incluidos en el plan que no estén cubiertos por las Partes A o B de Medicare. El plan cubrirá los servicios, sin importar que estén relacionados o no con su enfermedad terminal. Usted no paga nada por estos servicios.	
	Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de Blue Cross Community MMAI:	

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
	• Los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo momento. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección F. **Este beneficio continúa en la siguiente página** **Cuidados paliativos* (continuación)** **Nota:** Si necesita un cuidado distinto a los cuidados paliativos, debe llamar a su coordinador de cuidados para agendar los servicios. El cuidado distinto a los cuidados paliativos es el que no está relacionado con su enfermedad terminal. Puede comunicarse con su coordinador de cuidados al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo por una vez) para las personas desahuciadas que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.	
●	**Inmunizaciones** El plan cubrirá los siguientes servicios: • 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 alto riesgo o riesgo 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. El plan cubrirá otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de Medicare Parte D. Lea el Capítulo 6, Sección D para obtener más información.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
	Atención en hospital para pacientes internados*	$0
	El plan cubrirá los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería de rutina. • Costos de unidades de cuidados especiales como las unidades de cuidados intensivos o coronarias • Medicamentos y medicinas. • Pruebas de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Aparatos, tales como sillas de ruedas • Servicios de quirófano y sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios para pacientes internados por abuso de sustancias. • Sangre, incluyendo componentes sanguíneos, almacenamiento y administración de la misma • Servicios de médico. • En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, cardiopulmonar, médula ósea, células madre e intestinos/multivisceral.	Debe obtener aprobación del plan para continuar recibiendo atención durante la internación en un hospital fuera de la red después de que su emergencia esté bajo control.

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
	Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es un candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o externos al área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales tienen voluntad de aceptar la tarifa de Medicare, entonces usted puede optar por recibir servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de atención para su comunidad. Si Blue Cross Community MMAI proporciona servicios de trasplante fuera del patrón de atención para su comunidad y usted elige obtener el trasplante ahí, coordinaremos o pagaremos los costos correspondientes al alojamiento y transporte para usted y un acompañante. El plan cubrirá hasta 14 comidas entregadas en el domicilio después de recibir el alta del hospital.	
	Atención médica mental para pacientes internados* El plan cubrirá una atención psiquiátrica durante la hospitalización médicamente necesaria en instituciones aprobadas.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
	Hospitalizaciones: los servicios incluidos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF, en inglés) durante una hospitalización no cubierta Si su estadía en el hospital no es razonable y necesaria, el plan no pagará por esta. Sin embargo, en algunos casos, el plan cubrirá los servicios que usted obtenga mientras se encuentre en el hospital o en un centro de enfermería. El plan cubrirá los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • Servicios de médicos • Pruebas de diagnóstico, tales como pruebas de laboratorio • Radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios técnicos • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y luxaciones • Aparatos protésicos y ortopédicos, que no sean dentales, incluyendo reemplazo o reparación de dichos aparatos Estos son dispositivos que: – sustituyen la totalidad o parte de un órgano interno (incluidos los tejidos contiguos), **o** – Sustituyen la totalidad o parte de la función de un órgano interno dañado o que no funciona bien. • Ortesis para piernas, brazos, espalda y cuello, amarres y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y sustituciones necesarias debido a rotura, desgaste, pérdida o un cambio en la condición del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
	Materiales y servicios para enfermedades renales* El plan cubrirá los siguientes servicios: • Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a que los miembros tomen decisiones fundamentadas acerca de su atención médica Debe tener una enfermedad renal crónica de fase IV y su médico debe remitirlo. El plan cubrirá hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales. • Tratamientos de diálisis ambulatorios que incluyen tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3 • Tratamientos de diálisis a pacientes internados, si usted es ingresado en un hospital para recibir cuidados especiales • Entrenamiento en autodiálisis, incluyendo entrenamiento 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 soporte a domicilio, tales como consultas necesarias de trabajadores de diálisis entrenados para controlar la diálisis en el domicilio, para asistir en casos de emergencia y efectuar una revisión de su equipo de diálisis y suministro de agua Su beneficio de medicamentos de Medicare Parte B paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte la sección “Medicamentos recetados de Medicare Parte B” en esta tabla.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
●	**Examen de detección de cáncer de pulmón** El plan pagará un examen preventivo de cáncer de pulmón cada 12 meses si: • tiene entre 55 y 77 años, **y** • tiene una consulta de asesoramiento y toma de decisión conjunta con su médico u otro proveedor calificado, **y** • si ha fumado al menos 1 paquete por día durante 20 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón o si ahora fuma o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. Después del primer examen preventivo, el plan pagará por otro examen preventivo cada año con una orden escrita de su médico u otro proveedor calificado.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
	Equipo médico y suministros relacionados*	$0
	Los siguientes tipos generales de servicios y artículos se hallan cubiertos: • Los suministros médicos no duraderos, tales como vendajes quirúrgicos, vendas, jeringas desechables, materiales para incontinencia, materiales de ostomía y terapia de nutrición enteral • Equipo médico duradero (DME, en inglés), por ejemplo, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, andadores, camas hospitalarias solicitadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión intravenosa (IV, en inglés), humidificadores y dispositivos de asistencia para el habla (para obtener una definición de "equipo médico duradero", consulte el Capítulo 12 de este manual) • Aparatos prostéticos y ortóticos, medias elásticas de compresión, zapatos ortóticos, soportes para arco, plantillas para los pies • Suministros y equipos respiratorios, tales como equipos de oxígeno, equipos CPAP y BIPAP • Reparación de equipo médico duradero, dispositivos ortopédicos y dispositivos prostéticos • Alquiler de equipo médico en circunstancias donde las necesidades del paciente son provisionales Para ser elegible para el reembolso, algunos servicios podrían estar sujetos a autorización previa y/o criterios médicos. Pagaremos todos los DME médicamente necesarios que Medicare y Medicaid suelen pagar. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o no trabaja con un fabricante en particular, puede solicitarle que haga un pedido especial para usted.	

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
●	**Terapia de nutrición médica** Este beneficio es para las personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando lo indique su médico. El plan cubrirá las tres horas de los servicios de consejería personal durante el primer año en que usted obtenga servicios de terapia de nutrición médica de Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o Medicare). Cubrimos las dos horas de servicios de consejería personal cada año de forma posterior. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, tal vez pueda obtener más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar la orden cada año, si su tratamiento es necesario el próximo año natural.	$0
●	**Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP)** El plan pagará por los servicios de MDPP. MDPP está diseñado para ayudar a incrementar un comportamiento saludable. Proporciona capacitación práctica en: • cambio de dieta a largo plazo **y** • aumento de actividad física **y** • formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
	Medicamentos recetados de Medicare Parte B* Estos medicamentos están cubiertos según Medicare Parte B. Blue Cross Community MMAI cubrirá los siguientes medicamentos: • Medicamentos que, por lo general, usted no se administra a sí mismo y se inyectan o se infunden mientras obtiene servicios del centro de cirugía ambulatoria, cuidado ambulatorio o de un médico • 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 la Parte A de Medicare A cuando recibió un trasplante de órgano • Medicamentos que se inyectan para la osteoporosis. Estos medicamentos se pagan si usted está confinado en casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con osteoporosis posmenopáusica y usted mismo no puede inyectarse el medicamento • Antígenos. • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y antieméticos. • Ciertos medicamentos para diálisis en el domicilio, como heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario), anestésicos tópicos y estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit® o Aranesp®) • Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en casa de enfermedades de inmunodeficiencia primaria El siguiente enlace lo llevará a una lista de los medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: **https://www.bcbsil.com/mmai/member-resources/forms** (haga clic en **Lista de medicamentos** cuando llegue a esta página).	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
	También en el plan se cubren otras vacunas según nuestros beneficios de medicamentos recetados de Medicare Parte B y Parte D. En el Capítulo 5, se explica el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Explica las reglas que usted debe seguir para contar con la cobertura de recetas médicas. En el Capítulo 6 se explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios por medio de nuestro plan.	
	Transporte que no sea de emergencia* El plan cubrirá el transporte para viajar hacia sus citas médicas o desde éstas, si el mismo es un servicio cubierto. Los tipos de transporte que no sea de emergencia incluyen: • Medicare • Ambulancia que no sea de emergencia • Vehículo de servicio • Taxi El plan también cubrirá el transporte que no sea de emergencia a lugares relacionados con la salud cuando el plan lo apruebe.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
	Atención en centros de enfermería (NF) y atención en centros de enfermería especializada (SNF)* El plan cubrirá centros de enfermería especializada (SNF) y centros de cuidados intermedios (ICF). El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • Habitación semiprivada o habitación privada, si es necesario por razones médicas, mantenimiento y limpieza • Comidas, incluidas comidas especiales, sustitutos alimentarios y suplementos nutricionales • Servicios de enfermería y supervisión/control para el residente • Servicios de médico. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos, y otros fármacos disponibles en farmacia sin receta médica, recetados por su médico como parte de su plan de atención, incluidos medicamentos de venta libre y su administración • Equipo médico duradero no habitual (como sillas de ruedas y andadores) • Insumos médicos y quirúrgicos (como vendas, insumos para administración de oxígeno, insumos y equipos para el cuidado bucal, un tanque de oxígeno por residente por mes) • Servicios adicionales proporcionados en un centro de enfermería, en cumplimiento normativo estatal y federal Por lo general, usted obtendrá su cuidado de centros de la red. Sin embargo, usted puede obtener su cuidado en un centro que no pertenece a nuestra red. Puede obtener atención en los siguientes centros si aceptan las sumas de nuestro plan para el pago:	Cuando su ingreso exceda una suma de asignación, debe contribuir al costo de sus servicios. Esta contribución, llamada suma de pago de paciente, es necesaria si vive en un centro de enfermería. Sin embargo, puede que no deba pagar una suma por mes. La responsabilidad de pago del paciente no aplica sobre los días cubiertos por Medicare en un centro de enfermería.

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
	• Un hogar para ancianos o una comunidad de jubilación de cuidado continuo donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que proporcione el cuidado de un centro de enfermería) • un centro de enfermería donde su esposo(a) o pareja vive en el momento en que usted abandona el hospital.	
●	**Examen de detección de la obesidad y terapia para bajar de peso** Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, el plan cubrirá los servicios de asesoramiento para ayudarle a bajar de peso. Debe obtener el asesoramiento en un entorno de atención médica primaria. De esa forma, se puede administrar con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.	$0
	Servicios del programa de tratamiento de opioides (OTP) Con el plan, se pagarán los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (opioid use disorder, OUD): • Actividades de admisión • Pruebas periódicas • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y, de ser necesario, la administración y la implementación personal de estos medicamentos • Asesoramiento sobre el uso de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Detección de drogas o químicos en su cuerpo (pruebas toxicológicas)	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
	Pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios* El plan cubrirá los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • Radiografías • Terapia de radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos los materiales y suministros de técnicos • Pruebas de laboratorio. • Sangre, componentes sanguíneos y administración de los mismos • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios* El plan cubre los servicios necesarios desde el punto de vista médico que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión. El plan cubrirá los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía ambulatoria – Los servicios de observación permiten que el médico sepa si es necesario internarlo “en el hospital”. – En ocasiones, puede pasar la noche en el hospital y continuar siendo un “paciente ambulatorio”. – Puede obtener más información sobre internaciones o servicios ambulatorios en esta ficha técnica: **www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf** • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención médica mental, que incluye el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica sin ella se requeriría tratamiento como paciente internado • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital. • Suministros médicos, tales como férulas y yesos • Evaluaciones preventivas y servicios médicos preventivos listados en la Tabla de Beneficios • Algunos medicamentos que usted no se pueda administrar a sí mismo	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
	Atención médica mental ambulatoria El plan cubrirá los servicios de salud mental proporcionados por: • un médico, o un psiquiatra autorizado por el estado • un psicólogo clínico, • un trabajador social clínico, • un especialista en enfermería clínica, • una enfermera especializada, • un médico asociado, • un asesor profesional clínico autorizado, • Centros comunitarios de Salud Mental (CMHC), • Clínicas de Salud Conductual (BHC), • hospitales, • Clínicas con tasas de encuentro, tales como Centros de Salud Acreditados a Nivel Federal (FQHC), **o** • cualquier otro profesional de atención médica mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales aplicables. El plan cubrirá los siguientes tipos de servicios de salud mental para pacientes ambulatorios: • Servicios clínicos proporcionados bajo la dirección de un médico • Servicios de rehabilitación recomendados por un médico o un proveedor médico autorizado, tales como la evaluación integrada y la planificación de tratamientos, intervención en crisis, terapia y administración de casos • Servicios de tratamiento por día • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, tales como servicios opción tipo A y tipo B en clínicas Los servicios específicos que cada tipo de proveedor descrito anteriormente puede prestar y cualquier control de la utilización de dichos servicios se determinarán mediante el plan de acuerdo con las leyes federales y estatales y todas las políticas y/o acuerdos aplicables.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
	Servicios de crisis de salud mental para pacientes ambulatorios (ampliados) Además de los servicios de intervención en crisis, el plan cubrirá los siguientes servicios de intervención en crisis médicamente necesarios: • Servicio Móvil de Respuesta Ante Crisis (MCR, en inglés): el MCR es un servicio móvil de tiempo limitado para la reducción, la estabilización y la restauración de síntomas de crisis a niveles funcionales anteriores. Los servicios MCR requieren una evaluación presencial usando un instrumento de evaluación de crisis aprobado por el estado y pueden incluir: intervención a corto plazo, planificación de seguridad ante crisis, asesoramiento breve, consulta con otros proveedores calificados y remisión a otros servicios comunitarios de salud mental. Para acceder a los servicios MCR, los miembros del seguro de gastos médicos o las personas preocupadas por los miembros del seguro de gastos médicos deben llamar a la línea de admisión de crisis del estado, CARES, al **1-800-345-9049** (TTY: **1-866-794-0374**). CARES enviará un proveedor local a la ubicación del miembro del plan de salud en crisis. • Estabilización de Crisis: los servicios de estabilización de crisis son apoyos intensivos de tiempo limitado disponibles por hasta 30 días después de un evento de MCR para prevenir otras crisis de salud conductual. Los servicios de estabilización de crisis brindan apoyo basado en las fortalezas según cada caso, en el hogar o la comunidad. El plan de salud cubrirá los servicios móviles de respuesta ante crisis y estabilización de crisis proporcionados por: • Centros Comunitarios de Salud Mental con una certificación de respuesta ante crisis del estado **o** • Clínicas de Salud Conductual con una certificación de respuesta ante crisis del estado.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
	Servicios de rehabilitación ambulatorios* El plan cubrirá fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Puede recibir servicios de rehabilitación ambulatoria de los Departamentos de Pacientes Ambulatorios del hospital, Consultorios de Terapeutas Independientes, Centros Integrales de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) y otros centros de salud.	$0
	Cirugía ambulatoria* El plan cubrirá la cirugía para pacientes ambulatorios y servicios en centros ambulatorios del hospital y centros de cirugía ambulatoria.	$0
	Medicamentos y suministros de venta libre: artículos complementarios relacionados con la salud personal El plan cubre ciertos productos y suministros de venta libre. El plan pagará un beneficio de hasta $30 por trimestre. El artículo se enviará a su dirección en un plazo de entre 7 y 10 días laborables. Puede realizar un (1) pedido por trimestre. Los fondos que no se utilizan no se transfieren al período siguiente. ***Comuníquese con nuestro proveedor de productos de venta libre (OTC, en inglés), Convey Health Solutions, al 1-855-891-5274.***	
	Servicios de hospitalización parcial * El Programa de hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro de salud mental de la comunidad. Es más intensivo que el cuidado que usted recibe en el consultorio del médico o del terapeuta. Puede ayudarlo a evitar que deba permanecer en el hospital. 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.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
	Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas a consultorios El plan cubrirá los siguientes servicios:	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
	• Atención médicamente necesaria o servicios de cirugía proporcionados en lugares tales como los siguientes: – consultorio del médico – centro de cirugía ambulatoria certificado – departamento de pacientes ambulatorios del hospital • Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista. • exámenes de audición y equilibrio básicos proporcionados por su proveedor de atención primaria, si su médico lo indica, para determinar si necesita tratamiento • Ciertos servicios de telesalud que incluyen la salud conductual, el dolor de garganta, la fiebre, la tos, las náuseas y otras enfermedades que no son de emergencia. – Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una consulta en persona o por telesalud. – Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que actualmente ofrezca el servicio por telesalud. • Este servicio de telesalud se ofrece a través de MDLIVE. Los miembros deberán completar la inscripción y se les pedirá que completen un cuestionario médico en la primera visita al portal MDLIVE. Comuníquese con MDLIVE al **1-888-680-8646** o visite el sitio web de MDLIVE en **mdlive.com**. El acceso al servicio de telesalud se puede completar a través de una computadora, una tableta, un teléfono inteligente o un teléfono tradicional, y puede incluir video basado en la Web. • Algunos servicios de telesalud, que incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento brindados por un médico o proveedor médico para miembros en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para consultas mensuales sobre la insuficiencia renal en etapa terminal (ESRD, en inglés) de miembros con diálisis domiciliaria en el centro de diálisis renal de un hospital, hospital de acceso crítico, o en el domicilio del miembro. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
	Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas al consultorio (continuación) • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o trastorno de salud mental concurrente. • Chequeos médicos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) de 5 a 10 minutos de duración con su médico, si se cumplen las siguientes condiciones: – no es un paciente nuevo, **y** – el chequeo no está relacionado con una visita al consultorio realizada en los últimos 7 días **y** – el chequeo no deriva en una visita al consultorio dentro de las 24 horas o en la cita médica más próxima disponible. • Se realizará una evaluación del video o las imágenes que envíe a su médico, se hará una interpretación y se le realizará un seguimiento médico a las 24 horas en los siguientes casos: – no es un paciente nuevo, **y** – la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio que se haya realizado en los últimos 7 días **y** – la evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de las 24 horas o en la cita médica más próxima disponible. • Consultas que su doctor tiene con otros médicos por teléfono, por internet o registros electrónicos de salud si usted no es un paciente nuevo • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía • Cuidado dental no rutinario. Los servicios cubiertos se limitan a lo siguiente: – cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, – ajustes de fracturas de la mandíbula o huesos faciales,	

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
	– extracción de dientes antes de los tratamientos de radiación de cáncer neoplásico **o** – servicios que estarían cubiertos al ser suministrados por un médico.	
	Servicios de podología* El plan cubrirá los siguientes servicios: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (tales como dedo en martillo o espolón en el talón) • Cuidado de rutina de los pies para miembros con problemas que afectan a las piernas, tales como diabetes	$0
	Exámenes de detección de cáncer de próstata El plan cubrirá un examen rectal digital y una prueba de antígeno prostático específico (PSA) una vez cada 12 meses para: • Hombres de 50 años en adelante • Hombres afroamericanos mayores de 40 años • Hombres mayores de 40 años con antecedentes familiares de cáncer de próstata	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
	Dispositivos ortopédicos y suministros relacionados* Los dispositivos ortopédicos reemplazan la totalidad o parte de una parte o función del cuerpo. El plan cubrirá los siguientes dispositivos ortopédicos y tal vez otros dispositivos no que no se enumeran aquí: • Bolsas de colostomía y materiales relacionados con el cuidado de la colostomía • Marcapasos • Aparatos ortopédicos • Zapatos ortopédicos • Piernas y brazos artificiales • Prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía) El plan también cubrirá algunos suministros relacionados con los dispositivos ortopédicos. Ellos también pagarán para reparar o reemplazar los dispositivos ortopédicos. El plan ofrece cierta cobertura después de quitar las cataratas o después de la cirugía de cataratas. Consulte “Cuidado de la vista” más adelante en esta sección para obtener más detalles.	$0
	Servicios de rehabilitación pulmonar* El plan cubrirá los programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tienen la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) de moderada a muy grave. El miembro debe tener una orden de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trate la EPOC.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
•	**Examen de detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (ITS)** El plan cubre exámenes de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para mujeres embarazadas y algunas personas que presentan un riesgo elevado de contraer alguna ITS. Un proveedor de atención médica primaria debe ordenar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. El plan también cubrirá hasta dos sesiones presenciales de asesoramiento conductual de elevada intensidad cada año para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer ITS. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. El plan cubrirá estas sesiones de asesoramiento como un servicio médico preventivo únicamente si son brindadas por un proveedor de atención primaria. Las sesiones deben realizarse en un entorno de atención médica primaria, como, por ejemplo, un consultorio médico.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
	Servicios contra el abuso de substancias* El plan cubrirá los servicios para abuso de substancias proporcionados por: • Un centro de abuso de sustancias autorizado por el estado, **u** • Hospitales El plan cubrirá los siguientes tipos de servicios médicamente necesarios para el abuso de substancias: • Servicios ambulatorios (grupales o individuales), como asesoramiento, terapia, supervisión de mediación y evaluación por un psiquiatra. • Tratamiento de medicación asistida (MAT) para dependencia de opioides, como por ejemplo, ordenar y administrar metadona, administrar el plan de cuidado y coordinar otros servicios de trastorno en el uso de sustancias. • Servicios intensivos ambulatorios (grupales o individuales). • Servicios de desintoxicación, **and** • Algunos servicios residenciales, como servicios de rehabilitación a corto plazo.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
	Terapia de Ejercicio Supervisada (SET) El plan pagará por la SET para los miembros con enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) que tengan una derivación para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. El plan pagará por lo siguiente: • Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requerimientos de la SET • 36 semanas adicionales si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario El programa de SET debe ser de la siguiente manera: • Sesiones de 30 a 60 minutos de un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para PAD en miembros con calambres en las piernas debido al flujo sanguíneo deficiente (claudicación) • En un ámbito ambulatorio hospitalario o en el consultorio del médico • Realizado por personal calificado que asegure que el beneficio excede el daño y que está capacitado en terapia de ejercicios para PAD. • Bajo la supervisión directa de un médico, un médico asociado o una enfermera especializada/enfermera clínica especializada en técnicas básicas y avanzadas de apoyo	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
	Atención médica requerida urgentemente Atención médica requerida urgentemente es la atención proporcionada para el tratamiento de: • un caso que no es de emergencia, **o** • una enfermedad médica repentina, **o** • una lesión, **o** • una afección que requiere atención inmediata. Si necesita atención médica requerida urgentemente, primero debe tratar de obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, usted puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no pueda conseguir a un proveedor de la red. La atención médica de urgencia NO está cubierta fuera de los Estados Unidos y sus territorios.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
●	**Cuidado de la vista*** El plan cubre lo siguiente: • Exámenes anuales de la vista rutinarios • Anteojos (lentes y monturas) – Limitado a un par de cristales para lentes o armazones para lentes cada dos años – Beneficio adicional de anteojos de una mejora de $130 para armazones no estándar cada dos años – Los lentes de contacto de rutina no están cubiertos. Los lentes de contacto médicamente necesarios tienen cobertura con una autorización previa. • Ojo artificial hecho a medida • Dispositivos para visión reducida • Los lentes de contacto de rutina no están cubiertos. Los lentes de contacto médicamente necesarios tienen cobertura con una autorización previa Para ser elegible para el reembolso, algunos servicios podrían estar sujetos a autorización previa y/o criterios médicos. El plan cubre servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos. Por ejemplo, esto incluye exámenes de los ojos anuales para detectar retinopatía diabética en las personas con diabetes y tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad. Para las personas con alto riesgo de glaucoma, el plan cubre un examen de detección de glaucoma cada año. Entre las personas con mayor riesgo de glaucoma, se incluyen las siguientes: • personas que tienen antecedentes familiares de glaucoma, • personas con diabetes, • afroamericanos de 50 años o mayores, **e** • hispanoamericanos de 65 años o mayores.	$0

Servicios que nuestro plan paga		Lo que debe pagar
	El plan cubre un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas cuando el médico inserte un lente intraocular. (Si tiene dos cirugías separadas de cataratas, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. Usted no puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si usted no recibió un par de anteojos después de la primera cirugía).	
●	**Consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare"** El plan cubre una consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" por única vez. La consulta incluye lo siguiente: • una revisión de su salud, • educación y asesoramiento acerca de los servicios médicos preventivos que usted necesita (incluyendo exámenes y vacunas) **y** • remisiones para atención adicional si la necesita. **Nota:** Cubrimos la consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" únicamente durante los primeros 12 meses en 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".	$0

Servicios en el hogar y la comunidad que cubre nuestro plan		Lo que debe pagar
	Servicios para adultos durante el día* El plan cubre las actividades estructuradas durante el día en un programa de atención y supervisión directa si usted califica. Este servicio: • Proporciona atención personal • Promueve el bienestar social, físico y emocional	$ 0

Servicios en el hogar y la comunidad que cubre nuestro plan		Lo que debe pagar
	Asistencia para las actividades de la vida diaria* Si usted califica, el centro de ayuda para la vida diaria proporciona una alternativa a la colocación en un centro para ancianos. Algunos de los servicios incluyen lo siguiente: • Ayuda con las actividades de la vida cotidiana • Servicios de enfermería • Cuidado personal • Administración de medicamentos • Limpieza del hogar • Personal de respuesta/seguridad las 24 horas	$ 0
	Habilitación: por día* El plan cubre los servicios de habilitación durante el día, lo cual ayuda con la retención o mejoramiento de la autoayuda, socialización y destrezas de adaptación fuera del hogar si usted califica.	$ 0
	Comidas entregadas a domicilio* El plan cubre las comidas preparadas llevadas a su casa si usted califica.	$ 0
	Auxiliar de atención médica domiciliaria* El plan cubre los servicios de un auxiliar médico domiciliario, bajo la supervisión de una enfermera registrada (RN) u otro profesional, si usted califica. Los servicios pueden incluir lo siguiente: • Cambios de vendajes simples • Asistencia con medicamentos • Actividades para apoyar las terapias especializadas • Atención médica rutinaria de dispositivos ortopédicos y ortóticos	$ 0

Servicios en el hogar y la comunidad que cubre nuestro plan		Lo que debe pagar
	Modificaciones en el hogar* El plan cubre modificaciones a su hogar si usted califica. Las modificaciones deben estar diseñadas para garantizar su salud, seguridad y bienestar o hacer que se sienta más independiente en su hogar. Las modificaciones pueden incluir: • Rampas • Barras de sujeción • Ampliación de la puerta de entrada	$ 0
	Servicios de ama de llaves* El plan cubre servicios de atención en el hogar proporcionados en su casa o comunidad, si usted califica. Estos servicios pueden incluir lo siguiente: • Un trabajador para ayudarle con lavandería • Un trabajador para ayudarle con la limpieza • Capacitación para mejorar sus destrezas para la vida comunitaria	$ 0
	Servicios de enfermería* El plan cubre servicios por turno y servicios intermitentes de enfermería por una enfermera registrada (RN) o enfermera practicante con licencia (LPN) si usted califica.	$ 0
	Asistente personal* El plan cubre un asistente personal para ayudarlo con las actividades de la vida diaria, si usted califica. Estas incluyen, por ejemplo: • Bañarse • Alimentarse • Vestirse • Lavar la ropa	$ 0
	Sistema personal de auxilio para emergencias* El plan cubre un dispositivo electrónico en el hogar que garantiza la ayuda en caso de emergencia si usted califica.	$ 0

Servicios en el hogar y la comunidad que cubre nuestro plan		Lo que debe pagar
	Servicios de cuidado de respiro* El plan cubre servicios de respiro para proporcionar alivio para un familiar no remunerado o cuidador de atención médica primaria que cumpla con todas sus necesidades de servicio, si usted califica. Se aplican ciertas limitaciones.	$ 0
	Equipos y suministros médicos duraderos especializados* Si usted califica, el plan cubre los dispositivos, controles o aparatos que le permiten a usted aumentar su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria o percibir, controlar, o comunicarse con el entorno en el que usted vive. Los servicios podrían incluir: • Elevador Hoyer • Sillas/bancos para ducha • Elevador para escaleras • Barandas para camas	$ 0
	Terapias* El plan cubre fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla, si usted califica. Estas terapias se enfocan en necesidades de habilitación a largo plazo, en lugar de necesidades de restauración aguda a corto plazo.	$ 0

E. Los beneficios de nuestro plan para visitantes o viajeros

Para obtener más información sobre visitas/viajes, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al **1-877-723-7702** (TTY: **711**).

F. Beneficios cubiertos fuera de Blue Cross Community MMAI

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

F1. Cuidado paliativo

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

una enfermedad terminal y que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.

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

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

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

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

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

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

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

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

G. Beneficios no cubiertos por Blue Cross Community MMAI, Medicare o Medicaid

Esta sección describe los tipos de beneficios excluidos por el plan. Excluidos significa que el plan no cubre estos beneficios. Medicare y Medicaid no pagarán por ellos tampoco. En la siguiente lista, se describen algunos servicios y suministros que no están cubiertos por el plan bajo ningún concepto y algunos que están excluidos por el plan solamente en ciertos casos. El plan no cubrirá los beneficios médicos excluidos que figuran registrados en esta sección (o en cualquier otro lugar en este *Manual del Miembro*), a excepción de las condiciones específicas indicadas. Si usted cree que nosotros debemos cubrir un servicio que no está cubierto, puede presentar una apelación. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9. Además de cualquier exclusión o limitación descrita en la Tabla de Beneficios, **nuestro plan no cubre los siguientes artículos y servicios:**

- Servicios considerados como no “razonables ni necesarios”, de acuerdo con las normas de Medicare y Medicaid, a menos que estos servicios figuren en la lista de servicios cubiertos por nuestro plan.

- Tratamientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o estén bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3, Sección K, para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los productos experimentales son aquellos que, por lo general, no son aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando es médicamente necesario y Medicare paga por el mismo.
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
- Enfermeros de guardia privados.
- Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería, tales como teléfono o televisor.
- Atención de enfermeros de tiempo completo en su domicilio.
- Procedimientos o servicios de mejora electivos o voluntarios (incluidos, la pérdida de peso, el crecimiento del cabello, el desempeño sexual, el rendimiento atlético, los fines cosméticos, el rendimiento mental o aquellos contra el envejecimiento), excepto en casos médicamente necesarios.
- Cirugía cosmética u otro trabajo cosmético, a menos que sean necesarios debido a una lesión causada por un accidente o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma adecuada. Sin embargo, el plan cubrirá la reconstrucción del seno después de una mastectomía y para el tratamiento de la otra mama para que coincidan.
- Atención quiropráctica, que no sea manipulación manual de la columna según las pautas de cobertura de Medicare.
- Queratotomía radial y cirugía LASIK.
- Anulación de procedimientos de esterilización.
- Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos alternativos o naturales).
- Servicios prestados a veteranos en centros de Servicios a Veteranos (VA). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y los costos compartidos para el VA son mayores que los costos compartidos conforme a nuestro plan, realizaremos el reembolso de la diferencia al veterano. Los miembros siguen siendo responsables de su suma de costos compartidos.

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan

Introducción

En este capítulo se explican las reglas para obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Estos son medicamentos que su proveedor le receta y que usted obtiene en una farmacia o por pedido del correo. Incluyen medicamentos cubiertos bajo Medicare Parte D y Medicaid. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *manual del miembro*.

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

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

Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios del plan

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

1. Debe tener un médico u otra proveedor que le emita una receta, la cual debe ser válida según la ley estatal vigente. Por lo general, esta persona es su proveedor de atención médica primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su proveedor de atención médica primaria lo refirió.
2. La persona que le receta no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
3. Por lo general, usted debe presentar la receta médica en una farmacia de la red para surtir su medicamento.
4. Su medicamento recetado debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. Para abreviar, la llamamos “Lista de Medicamentos”.
   a. Si no está en la Lista de medicamentos, nosotros podemos cubrirlo dándole a usted una excepción.
   b. Consulte el Capítulo 9 para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

5. El medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o avalado por determinadas referencias médicas. Los medicamentos que no están aprobados por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) como medicamentos recetados no están cubiertos. Un fabricante de medicamentos debe participar en el Programa de Descuento de la Brecha en Cobertura de Medicare para que los medicamentos estén cubiertos.

Tabla de contenidos

A. Cómo surtir sus recetas médicas 112

A1. Una farmacia de la red le surtirá su receta médica 112

A2. Cómo usar su tarjeta de identificación del miembro cuando le surtan una receta médica 112

A3. Qué hacer si desea cambiar a una farmacia diferente de la red 112

A4. Qué hacer si su farmacia se retira de la red 112

A5. Cómo usar una farmacia especializada 113

A6. Cómo utilizar los servicios de envío por correo para obtener los medicamentos 113

A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos 115

A8. Cómo usar una farmacia que no está en la red del plan 115

A9. Cómo le reembolsamos si paga por una receta médica 116

B. Lista de medicamentos del plan 116

B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos 117

B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos 117

B3. Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos 117

B4. Niveles de la Lista de medicamentos 118

C. Límites para algunos medicamentos 119

D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto 120

D1. Obtener un suministro temporal 120

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos 122

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales 124

F1. Si usted está internado en un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan 124

F2. Si usted está en un centro de atención a largo plazo 125

F3. Si está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare 125

G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos 125

G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura 125

G2. Programas para ayudar a los miembros a utilizar sus medicamentos 126

G3. Programa de manejo de medicamentos para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos con opioides de manera segura 127

A. Cómo surtir sus recetas médicas

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

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros.

A2. Cómo usar su tarjeta de identificación del miembro cuando le surtan una receta médica

Para que le surtan su receta médica, **muestre su tarjeta de identificación del miembro de Blue Cross Community MMAI** en su farmacia de la red. La farmacia de la red le facturará a Blue Cross Community MMAI sus medicamentos recetados cubiertos.

Si no tiene su tarjeta de identificación del miembro cuando surte su receta médica, pídale a la farmacia que llame al plan 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. Puede pedirnos luego que le rembolsemos el dinero. Si no puede pagar el medicamento, comuníquese de inmediato con el Departamento de Servicios para Miembros. Haremos todo lo que podamos para ayudarlo.

- Para saber cómo solicitarnos un reembolso, consulte el Capítulo 7, Sección A.
- Si necesita ayuda para que le surtan una receta, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros (Member Services) o con su coordinador de cuidados.

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

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

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros (Member Services) o con su coordinador de cuidados.

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

Si la farmacia que utiliza se retira de la red del plan, usted tendrá que encontrar una nueva farmacia de la red. Le enviaremos una carta si la farmacia que usted está utilizando se retira de la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o con su coordinador de cuidados.

A5. Cómo usar 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 para residentes de un centro de atención a largo plazo, como un hogar para ancianos.
  - Por lo general, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es un residente de un centro de atención a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
  - Si la farmacia del centro de atención a largo plazo no pertenece a nuestra red o si usted tiene dificultad para acceder a nuestros beneficios de medicamentos en dicho centro, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Farmacias que prestan Servicios de salud para indígenas americanos/Programa de Salud Indígena Urbana/Tribal. Excepto en caso de emergencias, solo los nativos americanos o nativos de Alaska pueden utilizar estas farmacias.
- Farmacias que suministran medicamentos que requieren un manejo e instrucciones especiales acerca de su uso.

Para encontrar una farmacia especializada, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o con su coordinador de cuidados.

A6. Cómo utilizar los servicios de envío por correo para obtener los medicamentos

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de hasta 90 días. Un suministro para 90 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.

Cómo surtir sus recetas médicas por correo

Para obtener los formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas médicas por correo, comuníquese con Servicio al Cliente de AllianceRx Walgreens Pharmacy llamando al **1-877-277-7895**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **711.** También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de Express Scripts® Pharmacy llamando al **1-833-599-0729**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

Hay otras formas de enviar las recetas médicas por correo:

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Asegurado de Blue Cross Community MMAI al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Atendemos los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita.

- envíe las recetas médicas por correo a AllianceRx Walgreens Pharmacy o
- pida a la persona que le receta que llame, envíe un fax o un correo electrónico con una receta médica nueva.
- Para volver a surtir sus medicamentos, puede llamar a AllianceRx Walgreens Pharmacy y hablar con un Agente calificado de Servicio al Asegurado o utilizar nuestro sistema de voz automatizado.
- Para obtener más información, visite **www.alliancerxwp.com** o llame al **1-877-277-7895**.

-o bien-

- Envíe sus recetas médicas a Express Scripts® Pharmacy o
- pida a la persona que le receta que llame, envíe un fax o un correo electrónico con una receta médica nueva.
- Para los resurtidos, puede llamar a Express Scripts® Pharmacy y hablar con un agente del Departamento de Servicios para Miembros capacitado o usar nuestro sistema de voz automatizado.
- Para obtener más información, visite **express-scripts.com/rx** o llame al **1-833-599-0729**.

Por lo general, recibirá una receta médica por correo dentro de los siguientes 10 días. Si su pedido se retrasa y usted corre el riesgo de quedarse sin sus medicamentos, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros a fin de obtener una aprobación y que la farmacia le proporcione un suministro provisional inmediato. Una vez que se apruebe, le enviaremos su receta médica a la farmacia de su elección. También, podemos hacer que la persona que le receta pida a la farmacia un suministro más reducido. Para comunicarse con Servicio al Cliente de AllianceRx Walgreens Pharmacy, llame al **1-877-277-7895**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. Para comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de Express Scripts® Pharmacy, llame al **1-833-599-0729**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

Procesos para pedidos de medicamentos por correo

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

1. **Nuevas recetas médicas que la farmacia recibe de usted**

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

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

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

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

3. **Renovaciones de recetas médicas de pedido por correo**

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

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

   - Comuníquese con nuestra AllianceRx Walgreens Pharmacy llamando al **1-877-277-7895** (TTY: **711**) o con Express Scripts® Pharmacy al **1-833-599-0729 (TTY: 711)** e indíqueles cómo le gustaría que se comuniquen con usted
   - Complete toda la información de contacto pertinente en nuestro Formulario de Pedido de Entrega a Domicilio
   - Visite **www.alliancerxwp.com** o **express-scripts.com/rx** para iniciar sesión o registrarse.

A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

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

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

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

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

Por lo general, pagamos por medicamentos adquiridos en una farmacia fuera de la red solo cuando usted no puede adquirirlos en una farmacia de la red. Ofrecemos farmacias de la red fuera de

nuestra área de servicios donde usted puede adquirir sus medicamentos recetados como miembro de nuestro plan.

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

- Usted viaja fuera del área de servicio de su plan y
  - se le terminan o pierde sus medicamentos cubiertos; o
  - se enferma y necesita un medicamento cubierto; o
  - no puede comunicarse con una farmacia de la red.
- No puede obtener oportunamente un medicamento cubierto 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.
- Debe surtir una receta médica para un medicamento cubierto y este (como un medicamento sin interés comercial u otro medicamento especializado) no está en una farmacia minorista de la red cercana o en una farmacia para pedidos por correo.
- Se le proporcionan los medicamentos cubiertos de una farmacia en una sala de emergencias, en una clínica del proveedor o en otros centros ambulatorios.
- Se ha declarado cualquier desastre federal u otra emergencia de salud pública en la que se lo desplazó de su residencia y no se puede esperar que obtenga sus medicamentos cubiertos en una farmacia de la red.
- El acceso a su farmacia habitual no está disponible.

En estos casos, le pedimos que primero se comunique con el Departamento de Servicios para Miembros para que le informen si existe una farmacia de la red cerca de usted.

A9. Cómo le reembolsamos si paga por una receta médica

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

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

B. Lista de medicamentos del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. Para abreviar, la llamamos “Lista de medicamentos”.

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

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

B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos

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

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 podría significar un medicamento o un producto biológico, como las vacunas o la insulina.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos principios activos que los medicamentos de marca registrada. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien que los medicamentos de marca registrada y, habitualmente, cuestan menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para la mayoría de los medicamentos de marca.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos recetados y funcionan igual de bien. Para recibir más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos

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

- Consultar la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
- Visite el sitio web del plan en **bcbsil.com/mmai**. La Lista de medicamentos que se publica en la página web siempre es la más actualizada.
- Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para saber si un medicamento está en la Lista de medicamentos o para solicitar una copia de la lista.

B3. Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

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

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

Aquí hay tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

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

También, por ley, los tipos de medicamentos indicados abajo no están cubiertos por Medicare o Medicaid.

- 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, como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuando la compañía que fabrica los mismos dice que solo ellos pueden hacerle pruebas o prestarle servicios.

B4. Niveles de la Lista de medicamentos

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

- Nivel 1: medicamentos genéricos
- Nivel 2: medicamentos de marca
- Nivel 3: medicamentos no cubiertos por Medicare/medicamentos de venta libre (OTC)

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

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

C. Límites para algunos medicamentos

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

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

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

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

1. Limitación del uso de un medicamento de marca registrada cuando una versión genérica se encuentra disponible

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

- Por lo general, no pagaremos por el medicamento de marca registrada si existe una versión genérica.
- Sin embargo, si su proveedor nos informa que existe una razón médica por la que el medicamento genérico no será eficaz para usted ***o*** nos informa la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos serán eficaces para tratar la misma enfermedad, entonces, cubriremos el costo del medicamento de marca.

2. Obtención de aprobación previa del plan

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben obtener una aprobación de Blue Cross Community MMAI antes de surtir la receta médica. Si usted no recibe la aprobación, Blue Cross Community MMAI quizá no cubra el medicamento.

3. Probar primero con un medicamento diferente

Por lo general, el plan desea que usted adquiera medicamentos de menor costo (que con frecuencia son igual de efectivos) antes de que el plan cubra los medicamentos que cuestan más. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, y

los costos del medicamento A son menores que el medicamento B, el plan puede solicitarle que primero intente usar el medicamento A.

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

4. Límites de cantidades

Para algunos medicamentos, establecemos un límite a la cantidad de medicamento que usted puede adquirir. Esto se conoce como límite de cantidad.

Por ejemplo, el plan puede limitar la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que se le surta una receta médica.

Para saber si algunas de las normas anteriores se aplican a un medicamento que utiliza o desea utilizar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Departamento de Servicios para Miembros o consulte nuestro sitio web en **bcbsil.com/mmai**.

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

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

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

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

D1. Obtener un suministro temporal

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

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

1. El medicamento que haya estado tomando:
   - ya no está en la Lista de medicamentos, **o**

- nunca estuvo en la Lista de medicamentos del plan, **o**
- ahora está limitado de alguna manera.

2. Usted debe estar en alguna de estas situaciones:
   - Usted estuvo en el plan el año pasado.
     - Cubrimos un suministro provisional de su medicamento **durantelos primeros 90 días del año natural.**
     - Este suministro provisional se otorgará por hasta 30 días.
     - Si su receta médica está escrita por menos días, le permitiremos múltiples renovaciones para proveer hasta un máximo de 30 días de medicación. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red.
     - Las farmacias de atención a largo plazo pueden brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios.
   - Es nuevo en el plan.
     - Cubrimos un suministro provisional del **medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.**
     - Este suministro provisional se otorgará por hasta 30 días.
     - Si su receta médica está escrita por menos días, le permitiremos múltiples renovaciones para proveer hasta un máximo de 30 días de medicación. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red.
     - Las farmacias de atención a largo plazo pueden brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios.
   - Usted ha estado en el plan durante más de 90 días y reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro inmediato.
     - Cubrimos un suministro por *31* días o menos si su receta es por menos días. Esto es además del suministro temporal anterior.
     - Es posible que experimente cambios que lo lleven de un entorno de tratamiento a otro. Durante este cambio de nivel de atención, se pueden recetar medicamentos que no estén cubiertos por su plan. Si esto sucede, usted y su médico deben usar la excepción del plan y los procesos de apelación. Sin embargo, cuando se lo ingresa o se le da el alta de un establecimiento de cuidados a largo plazo, es posible que no tenga acceso a los medicamentos que se le administraron previamente. Es posible que se le vuelva a surtir el medicamento al ingresar o en el momento del alta para evitar una interrupción en la atención.
     - Para solicitar un suministro provisional de un medicamento, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

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

- Puede cambiar a otro medicamento. Puede haber un medicamento diferente cubierto por el plan que sea adecuado para usted. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma condición médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted.

O

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

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

- Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año siguiente. Luego, usted podrá solicitarnos una excepción para cubrir el medicamento en la manera en que a usted le gustaría que estuviera cubierto para el año siguiente.
- Responderemos su solicitud de excepción dentro de las siguientes 72 horas después de haber recibido su solicitud (o declaración de apoyo del recetador).

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

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o con su coordinador de cuidados.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

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

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

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

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

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

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

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

Algunos cambios a la Lista de Medicamentos serán **inmediatos**. Por ejemplo:

- **Un nuevo medicamento genérico se encuentra disponible.** A veces, sale al mercado un nuevo medicamento genérico que es tan efectivo como alguno de los medicamentos de marca que se encuentran en la lista de medicamentos actual. Cuando eso sucede, podemos retirar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico, pero su costo por el nuevo medicamento permanecerá igual.
- Cuando agregamos un nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar las reglas de cobertura o los límites.
  - Es posible que no le avisemos antes de hacer el cambio, pero le enviaremos información acerca del cambio específico que hicimos una vez que este ocurra.
  - Usted o su proveedor puede solicitar una “excepción” a estos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos que puede tomar para una excepción. Consulte el Capítulo 9, Sección F de este manual para obtener más información sobre las excepciones.
- **Se retira un medicamento del mercado**.Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) dice que un medicamento que está tomando no es seguro o el fabricante del medicamento saca un medicamento del mercado, lo sacaremos de la Lista de medicamentos. Si está tomando el medicamento, le haremos saber. No deje de tomar su medicamento. Comuníquese con su farmacéutico o médico para hablar sobre las opciones de tratamiento.

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

- La FDA proporciona nuevas guías o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo al mercado y
  - Reemplazamos un medicamento de marca que actualmente está en la Lista de medicamentos o
  - Cambiar las reglas o límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando estos cambios sucedan:

- le avisaremos por lo menos 30 días antes de sacarlo de la Lista de medicamentos o
- le avisaremos y le daremos la cantidad de medicamentos para 30 días después de que pida una renovación.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro recetador. Pueden ayudarlo a decidir:

- si hay algún otro medicamento similar en la Lista de medicamentos que pueda tomar en su lugar o
- pedir una excepción a estos cambios. Para obtener más información acerca de cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección F.

Es posible que realicemos cambios que no afecten a los medicamentos que usted toma en este momento. Sin embargo, si usted está tomando un medicamento que estaba cubierto **a principio** de año, por lo general, no retiraremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año.**

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

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. Si usted está internado en un hospital o centros de cuidado experto para una estancia cubierta por el plan

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

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

Por lo general, un centro de atención a largo plazo, como por ejemplo una residencia para ancianos, tiene su propia farmacia o una farmacia que le provee medicamentos para todos sus residentes. Si usted vive en un centro de atención a largo plazo, puede adquirir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

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

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

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

- Si está afiliado a un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita un medicamento analgésico, antiemético, laxante o contra la ansiedad que no cubre el centro de cuidados paliativos porque no está relacionado con su enfermedad terminal y las afecciones vinculadas, nuestro plan debe recibir una notificación de su recetador o proveedor de cuidados paliativos acerca de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento.
- Para evitar demoras en recibir medicamentos que no estén relacionados, que deben ser cubiertos por nuestro plan, puede pedirle a su proveedor de cuidados paliativos o a su recetador que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a la farmacia que surta su receta médica.

Si abandona el centro de cuidados paliativos, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar cualquier demora en la farmacia cuando termina el beneficio del centro de cuidados paliativos de Medicare, debe entregar la documentación a la farmacia para verificar que usted ha abandonado el centro de cuidados paliativos. Lea las partes anteriores de este capítulo que establecen las condiciones de la cobertura de medicamentos en la Parte D.

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

G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos

G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura

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

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

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

G2. Programas para ayudar a los miembros a utilizar sus medicamentos

Si toma medicamentos para distintas enfermedades y/o participa en un programa de administración de medicamentos para ayudarlo a utilizar los medicamentos con opioides de forma segura, puede ser elegible para obtener servicios, sin costo, a través de un Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés). Este programa lo ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos funcionan para mejorar su salud. Un farmacéutico u otro profesional de la salud pueden realizar una revisión integral de todos sus medicamentos y hablar con usted sobre lo siguiente:

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

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

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

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

Si tiene alguna pregunta acerca de estos programas, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (Member Services) o con su coordinador de cuidados.

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

Blue Cross Community MMAI tiene un programa que puede ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos con opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. 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 el uso de medicamentos opioides recetados no es seguro, podríamos limitar cómo puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir:

- Exigir que obtenga todas las recetas para esos medicamentos **de determinadas farmacias** o **de médicos específicos**.
- **Limitar la cantidad** de esos medicamentos que cubriremos para usted

Si creemos que deben aplicar una o más limitaciones, le enviaremos una carta con anticipación. La carta explicará las limitaciones que pensamos se deben aplicar.

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

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

El DMP puede no aplicar a usted si:

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

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

Introducción

En este capítulo se le indica lo que usted paga por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Por “medicamentos”, nos referimos a:

- medicamentos recetados de Medicare Parte D **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por Medicaid, **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

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

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

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

Para obtener más información acerca de los medicamentos recetados, puede consultar en estos lugares:

- La *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan.
  - Nosotros la llamamos "Lista de Medicamentos". Le indica:
    - Qué medicamentos paga el plan
    - En cuál de los tres (3) niveles se encuentra cada medicamento
    - Si hay algún límite en los medicamentos
  - Si necesita una copia de la lista de medicamentos, llame al Departamento de Servicios para Miembros. También puede encontrar la Lista de Medicamentos en nuestra página web en **bcbsil.com/mmai**. La Lista de Medicamentos que se publica en la página web siempre es la más actualizada.
- Capítulo 5 de este *Manual del Miembro*.
  - En el Capítulo 5, se indica cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios por medio del plan.
  - Incluye las reglas que usted debe seguir. También indica los tipos de medicamentos recetados que no están cubiertos por nuestro plan.
- El *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.

- En la mayoría de los casos, usted debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que han decidido trabajar con nuestro plan.
- El *Directorio de proveedores y farmacias* tiene una lista de farmacias de la red. Puede leer más acerca de las farmacias de la red en el Capítulo 5, Sección A.

Tabla de contenidos

A. La *Descripción de Beneficios* (EOB, en inglés) 131

B. Cómo llevar el control de los costos de sus medicamentos 131

C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo 132

C1. Las categorías del plan 133

C2. Sus opciones de farmacia 133

C3. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 133

C4. Lo que paga usted 134

D. Vacunas 134

D1. Lo que necesita saber antes de obtener una vacuna 135

A. La *Descripción de Beneficios* (EOB)

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

- Los **gastos de su propio bolsillo**. Esta es la suma de dinero que usted, u otras personas en su nombre, pagan por sus recetas médicas.
- Los **costos totales por medicamentos**. Esta es la suma de dinero que usted, u otras personas en su nombre, pagan por sus recetas médicas más el monto que el plan paga.

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

- **Información del mes**. El resumen indica los medicamentos recetados que recibió. Detalla el total por costos de los medicamentos, cuánto pagó el plan, lo que usted pagó, y lo que otros pagaron por usted.
- **Información del "Año hasta la fecha"**. Este es su costo total de medicamentos y el total de los pagos realizados desde el 1 de enero.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Este es el precio total del medicamento y el porcentaje del cambio en el precio del medicamento desde la primera vez que lo surtió.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando están disponibles, aparecen en el resumen debajo de sus medicamentos actuales. Puede hablar con su recetador para obtener más información.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

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

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

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

1. **Utilice su tarjeta de identificación del miembro.**
   Muestre su tarjeta de identificación del miembro cada vez que le surtan una receta médica. Esto nos ayudará a saber qué recetas médicas se le surten y lo que paga.

2. **Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.**
   Denos copias de los recibos de los medicamentos por los que usted ha pagado. Puede pedirnos luego que le rembolsemos el dinero del medicamento.

   Estos son algunos casos en los que debe proporcionarnos copias de sus recibos:

- Cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forme parte de los beneficios de nuestro plan
- Cuando paga un copago por medicamentos que recibe dentro del programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos
- Cuando compra los medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red
- Cuando paga el precio completo por un medicamento cubierto

Para saber cómo solicitarnos un reembolso por el medicamento, consulte el Capítulo 7, Sección A.

3. **Envíenos información de los pagos que otras personas hayan realizado por usted.** Los pagos hechos por algunas otras personas y organizaciones también cuentan como parte de los gastos de su propio bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA, los Servicios de Salud para Indígenas Americanos y la mayoría de las instituciones de caridad cuentan en el cálculo de los gastos de su propio bolsillo.

4. **Revise las EOB que le enviemos.**
Cuando usted obtenga la Descripción de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) por correo, asegúrese de que sea correcta y esté completa. Si usted considera que falta información o que hay información incorrecta, o si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de Servicios para Miembros. Asegúrese de conservar estas EOB. Son registros importantes de sus gastos por medicamentos.

Regístrese para recibir el resumen de la Descripción de Beneficios de la Parte D en línea, en lugar de por correo.

- Para suscribirse, inicie sesión en **www.myprime.com/**. Vaya a Gestionar mi cuenta/ Preferencias de comunicación.
- Haga clic en ENVIARME UN CORREO ELECTRÓNICO en Comunicaciones requeridas del plan de salud para inscribirse en las actualizaciones por correo electrónico.
- Una vez que haya seleccionado las declaraciones sin papel, le enviaremos un mensaje de correo electrónico cuando tenga una EOB de Medicare Parte D disponible para revisión en línea. Ya no recibirá esta declaración en el correo postal.

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

C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo

Con Blue Cross Community MMAI, no debe pagar nada por sus medicamentos cubiertos mientras siga las reglas del plan.

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

C1. Las categorías del plan

Los niveles son grupos de medicamentos en la misma Lista de medicamentos. Todos los medicamentos en la Lista de medicamentos del plan se incluyen en uno de tres niveles. Usted no tiene copagos por los medicamentos recetados y de venta libre de la Lista de medicamentos de Blue Cross Community MMAI. Para encontrar el nivel de sus medicamentos, puede consultar la lista de medicamentos.

- Nivel 1: medicamentos genéricos
- Nivel 2: medicamentos de marca
- Nivel 3: medicamentos no cubiertos por Medicare/medicamentos de venta libre (OTC)

C2. Sus opciones de farmacia

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

- una farmacia de la red, **o**
- una farmacia fuera de la red.

En casos limitados, cubrimos los medicamentos recetados en farmacias fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección A, para saber cuándo haremos eso.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia, consulte el Capítulo 5, Sección A de este manual y el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.

C3. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

En el caso de algunos medicamentos, usted puede adquirir un suministro a largo plazo (también llamado "suministro extendido") cuando surta su receta médica. Un suministro a largo plazo es un suministro de 90 días. El suministro a largo plazo no tiene ningún costo para usted.

Para obtener más detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección A o el *Directorio de proveedores y farmacias*.

C4. Lo que paga usted

Su parte del costo cuando obtiene un suministro para un mes o a largo plazo de un medicamento recetado con cobertura en:

	Una farmacia de la red Suministro de un mes o de hasta 90 días	**El servicio de pedidos por correo del plan** Suministro de un mes o de hasta 90 días	**Una farmacia de cuidado a largo plazo de la red** Suministro de hasta 31 días	**Una farmacia fuera de la red** Suministro de hasta 30 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles.
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos)	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos de marca registrada)	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de venta libre o que no son de Medicare)	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

Para obtener información sobre cuáles farmacias pueden proporcionarle suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.

D. Vacunas

Nuestro plan cubre las vacunas de Medicare Parte D. Nuestra cobertura de vacunas de Medicare Parte D se divide en dos partes:

1. La primera parte de la cobertura corresponde al costo de **la vacuna en sí misma**. Las vacunas se consideran medicamentos recetados.

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

2. La segunda parte de la cobertura corresponde al costo de **suministrarle a usted la vacuna.** Por ejemplo, algunas veces puede recibir la vacuna como una inyección que le administra su doctor.

D1. Lo que necesita saber antes de obtener una vacuna

Le recomendamos que primero nos llame al Departamento de Servicios para Miembros cada vez que planee recibir una vacuna.

- Podemos brindarle información sobre la cobertura que nuestro plan ofrece para su vacunación.
- Nosotros podemos indicarle cómo mantener sus costos en un nivel bajo utilizando los proveedores y farmacias de la red. Las *farmacias de la red* son farmacias que han decidido trabajar con nuestro plan. Un *proveedor de la red* es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Un proveedor de la red debe coordinar con Blue Cross Community MMAI para asegurarse de que no tenga ningún costo inicial para una vacuna de la Parte D.

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

Introducción

Este capítulo le informa cómo y cuándo enviarnos una factura para que paguemos. También le informa sobre cómo apelar si no está de acuerdo con la decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Tabla de contenidos

A. Cómo solicitar que paguemos por sus servicios o medicamentos 137

B. Cómo enviar una solicitud de pago 139

C. Decisión de cobertura 139

D. Apelaciones 140

A. Cómo solicitar que paguemos por sus servicios o medicamentos

Usted no debe recibir facturas por los servicios y medicamentos dentro de la red. Nuestros proveedores de la red deben facturarle al plan por los servicios y medicamentos ya recibidos. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

Si recibe una factura por atención médica o medicamentos, envíenos la factura. Para enviarnos una factura, consulte la página 139.

- Si los servicios o los medicamentos están cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.
- Si los servicios o los medicamentos están cubiertos y ya los pagó, tiene derecho a recibir un reembolso.
- Si los servicios o medicamentos no están cubiertos, se lo informaremos.

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o con su coordinador de cuidados si tiene alguna pregunta. Si recibe una factura y no sabe lo que debe hacer al respecto, podemos ayudarlo. También nos puede llamar si desea darnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

A continuación, enumeramos ejemplos de cuándo puede solicitar que nuestro plan le reembolse o que paguemos una factura que recibió:

1. **Cuando recibe cuidado médico de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red**

   Debe pedirle al proveedor que facture al plan.

   - Si usted paga la suma total cuando recibe la atención, puede pedirnos un reembolso. Envíenos la factura y la prueba de cualquier pago que usted haya realizado.
   - A veces usted puede recibir una factura de un proveedor que solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos la factura y la prueba de cualquier pago que usted haya realizado.
     - Si al proveedor se le debe un pago, se lo haremos directamente al proveedor.
     - Si ya ha pagado por el servicio, le daremos un reintegro.

2. **Cuando un proveedor de la red le envía una factura**

   Los proveedores de la red siempre deben facturarle al plan. Muestre su tarjeta de identificación del miembro de Blue Cross Community MMAI cuando obtenga cualquier servicio o prescripción. Una facturación inapropiada ocurre cuando un proveedor (como un hospital o un médico) le factura por servicios una cantidad mayor que el costo compartido del plan. **Llame al Departamento de Servicios para Miembros si le dan alguna factura**.

   - Debido a que Blue Cross Community MMAI paga todo el costo de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

- Cuando obtenga una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos haremos cargo del problema.
- Si ya ha pagado una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura y una prueba de cualquier pago que haya hecho. Le reembolsaremos por los servicios cubiertos.

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

Si acude a una farmacia fuera de la red, tendrá que pagar el costo total de su receta médica.

- En solo unos pocos casos, cubriremos las recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite que le reembolsemos.
- Consulte el Capítulo 5, Sección A, para obtener información adicional acerca de las farmacias fuera de la red.

4. **Cuando paga el costo total de un medicamento con receta médica porque no tiene su tarjeta de identificación del miembro**

Si no tiene su tarjeta de identificación del miembro de Blue Cross Community MMAI consigo, puede solicitarle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener de inmediato la información que necesita, deberá pagar el costo total del medicamento recetado.
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite que le reembolsemos.

5. **Cuando paga el costo total de una receta de un medicamento que no está cubierto**

Puede pagar el costo total de la receta médica debido a que el medicamento no está cubierto.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* (Lista de medicamentos) del plan o puede haber un requisito o una restricción que usted desconocía o que considera que no se debe aplicar en su caso. Si decide adquirir el medicamento, es posible que tenga que pagar el costo total de este.
  - Si no paga por el medicamento, pero cree que debería estar cubierto, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el Capítulo 9).
  - Si usted y su médico u otro recetador consideran que necesita el medicamento de inmediato, puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el Capítulo 9).
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite que le reembolsemos. En algunas situaciones, necesitaremos más información de su médico o de otro recetador para efectuar el reintegro por nuestra parte del costo del medicamento.

Cuando usted nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o el medicamento deberían estar cubiertos. Esto se denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debería estar incluido, pagaremos el servicio o el medicamento. Si denegamos una solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión.

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

Para saber cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

B. Cómo enviar una solicitud de pago

Envíenos su factura y la constancia de cualquier pago que haya realizado. La constancia de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Es una buena idea conservar una copia de la factura y los recibos para sus registros.** Puede solicitar ayuda a su coordinador de cuidados.

Envíe su solicitud de pago por correo junto con cualquier factura o recibo a la siguiente dirección:

Solicitudes de pago de reclamaciones de medicamentos recetados

Blue Cross Community MMAI
P.O. Box 20970
Lehigh Valley, PA 18002-0970

Para todos los demás servicios, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible un servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día hábil. Esta llamada es gratuita.

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibamos su solicitud de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que nosotros decidiremos si su atención médica o el medicamento están cubiertos por el plan. También decidiremos la suma, si la hubiere, que usted debe pagar por la atención médica o medicamentos.

- Le haremos saber si necesitamos que nos proporcione más información.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y siguió todas las normas para obtener la atención o el medicamento, lo pagaremos. Si ya pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos un cheque por lo que usted pagó. Si aún no ha pagado por el servicio o medicamento, le pagaremos al proveedor directamente.

En el Capítulo 3 se explican las normas para obtener los servicios cubiertos. En el Capítulo 5, se detallan las normas para obtener los medicamentos recetados cubiertos de Medicare Parte D.

- Si decidimos no pagar por el servicio o el medicamento, le enviaremos una carta explicando por qué no lo hacemos. En la carta, también le explicaremos sus derechos para presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.

D. Apelaciones

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. Esto se llama presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la suma que pagamos.

El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos específicos y fechas límites importantes. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9.

Si desea presentar una apelación sobre cómo recibir un reembolso por un servicio de atención médica, visite la página 146.

Si desea presentar una apelación sobre cómo recibir un reembolso por un medicamento, visite la página 150.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos honrar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Tabla de contenidos

A. Su derecho a obtener información de una manera que cumpla con sus necesidades 142

B. Nuestra responsabilidad de garantizarle acceso oportuno a sus medicamentos y servicios cubiertos 143

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI) 144

C1. Cómo protegemos su PHI 144

C2. Usted tiene derecho a ver su historia clínica 144

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos 145

E. Incapacidad de los proveedores de la red de facturarle directamente 146

F. Su derecho a salirse del plan 146

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica 147

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica 147

G2. Su derecho a decir lo que desea que ocurra si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo 148

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones 149

H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado 149

H1. Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos 150

I. Sus responsabilidades como miembro del plan 150

A. Su derecho a obtener información de una manera que cumpla con sus necesidades

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios se le proporcionen de una manera culturalmente competente y accesible. Debemos también informarle acerca de los beneficios del plan y sus derechos de una manera que pueda entender. Debemos informarle acerca de sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una forma que sea comprensible para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con personal que puede responder a sus preguntas en diferentes idiomas. Esta llamada es gratuita.
- Nuestro plan también le puede brindar materiales en idiomas distintos al inglés y en formatos tales como letra grande, sistema Braille o audio. Son ejemplos de los idiomas que atendemos: español, cantonés, hindi, coreano, mandarín, polaco, ruso y tailandés. Si desea realizar una solicitud permanente para recibir todos los materiales, tanto ahora como en el futuro, en un idioma que no sea el inglés o en un formato alternativo, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita.

Si tiene dificultades para obtener información sobre nuestro plan debido a problemas relacionados con el idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- También puede presentar una queja a Medicaid llamando a la línea directa de Beneficios de Salud de Illinois al **1-800-226-0768**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-204-1012**.
- Oficina de Derechos Civiles al **1-800-368-1019** o TTY **1-800-537-7697**.

Usted tiene derecho a obtener información de forma tal que satisfaga sus necesidades

Debemos informarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de forma tal que pueda entenderlos. Asimismo, debemos informarle sobre sus derechos cada año que participe en nuestro plan.

- Para obtener información de forma tal que pueda entenderla, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder preguntas en diferentes idiomas. La llamada es gratuita.

- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas aparte de inglés y en otros formatos como letra grande, braille o audio. Entre los idiomas, se incluyen los siguientes: español, cantonés, hindi, coreano, mandarín, polaco, ruso y tailandés. Si desea realizar una solicitud permanente para recibir todos los materiales, tanto ahora como en el futuro, en un idioma que no sea el inglés o en un formato alternativo, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-877-723-7702** (TTY **711**).
- Si tiene dificultades para obtener información sobre nuestro plan debido a problemas relacionados con el idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a Medicare al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**). Puede llamar las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. También puede presentar una queja ante Medicaid llamando a la Línea de beneficios de salud de Illinois al **1-800-226-0768**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-204-1012**.

B. Nuestra responsabilidad de garantizarle acceso oportuno a sus medicamentos y servicios cubiertos

Como miembro de nuestro plan:

- Tiene el derecho de elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Puede encontrar más información acerca de cómo elegir a un PCP en el Capítulo 3, Sección D.
  - Llame al Departamento de Servicios para Miembros o consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para conocer más acerca de proveedores de la red y cuáles médicos están aceptando pacientes nuevos.
- Tiene derecho a recurrir a un especialista en salud de la mujer sin una remisión. Una remisión es la aprobación de su PCP para recurrir a otro profesional médico.
- Usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un período razonable.
  - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas.
  - Si usted no puede obtener los servicios dentro de un período razonable, debemos pagarle el cuidado fuera de la red.
- Usted tiene derecho a obtener servicios o atención de emergencia que se requieran con urgencia sin autorización previa.
- También tiene derecho a adquirir sus medicamentos recetados surtidos en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.
- Usted tiene derecho a saber cuándo puede recurrir a un proveedor fuera de la red. Para informarse acerca de los proveedores que no forman parte de la red, consulte el Capítulo 3, Sección D.

En el Capítulo 9 se le indica lo que usted puede hacer si cree que no obtiene sus servicios o medicamentos dentro de un período razonable. En el Capítulo 9 también se le indica lo que usted

puede hacer si denegamos la cobertura de sus servicios o medicamentos, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)

Protegemos su información médica personal (PHI), como lo exigen las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información que usted nos proporcionó cuando se inscribió en este plan. También incluye su historia clínica y otra información médica y de salud.

Usted tiene derecho en relación con su información y a controlar cómo se usa su PHI. Le daremos un aviso por escrito que informa sobre estos derechos. La notificación se denomina "Notificación de las Prácticas de Privacidad". El aviso también explica cómo protegemos la privacidad de su PHI.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que las personas sin autorización no vean ni cambien sus registros.

Excepto en los casos mencionados a continuación, no damos su PHI a nadie que no esté proporcionándole atención médica o pagando por ella. Si lo hacemos, estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito. El permiso escrito lo puede otorgar usted u otra persona con poder legal para tomar decisiones por usted.

Existen ciertos casos en que no tenemos que obtener un permiso escrito con antelación de su parte. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.

- Estamos obligados a divulgar PHI a agencias del gobierno que están controlando la calidad de la atención médica que brindamos.
- Estamos obligados a dar su PHI a Medicare. Si Medicare divulga su PHI para fines de investigación u otros usos, esto se realizará de acuerdo con las leyes federales.

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

C2. Usted tiene derecho a ver su historia clínica

Usted tiene derecho a examinar su historia clínica y a obtener una copia de esta. Tenemos permitido cobrarle una tarifa por hacer una copia de su historia clínica.

Usted tiene el derecho de pedirnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si nos solicita que hagamos esto, trabajaremos junto con su proveedor de atención médica para decidir si deben realizarse los cambios.

Usted tiene derecho a saber si su información médica protegida (PHI) ha sido compartida con otras personas y de qué manera.

Si tiene preguntas o dudas sobre la privacidad de su información médica protegida (PHI), llame al Departamento de Servicios para Miembros.

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos

Como miembro de Blue Cross Community MMAI, tiene derecho a obtener información de nuestra parte. Si usted no habla español, tenemos servicios gratuitos de intérprete para responder cualquier pregunta que usted pueda tener acerca de nuestro plan de salud. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible un servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día hábil. Este es un servicio gratuito. Los materiales escritos están disponibles en español y en otros idiomas. El Departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés y las que tengan una discapacidad auditiva. También podemos proporcionarle información en formato de audio, escrita en sistema Braille o en letra de molde grande.

Si desea información acerca de cualquiera de los siguientes, llame al Departamento de Servicios para Miembros:

- Cómo elegir o cambiar planes
- Nuestro plan, incluido:
  - Información financiera
  - Cómo ha sido calificado el plan por los miembros del plan
  - El número de apelaciones hechas por los miembros
  - Cómo abandonar el plan
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, que incluye:
  - Cómo elegir o cambiar de proveedores de atención médica primaria
  - Cualificaciones de nuestras farmacias y proveedores de la red
  - Cómo les pagamos a los proveedores en nuestra red

  - Para ver una lista de los proveedores y las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*. Para obtener más información sobre nuestros proveedores o farmacias, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible un servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día hábil. Esta llamada es gratuita. O visite nuestra página web en **bcbsil.com/mmai**.
- Servicios y medicamentos cubiertos, y sobre las reglas que usted debe seguir, que incluye:
  - Servicios y medicamentos cubiertos por el plan
  - Límites para su cobertura y medicamentos
  - Reglas que usted debe seguir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no se encuentra cubierto y lo que usted puede hacer al respecto, incluido pedirnos que:
  - Pongamos por escrito el motivo por el cual algo no está cubierto
  - Cambiemos una decisión que hemos tomado
  - Paguemos una factura que usted recibió

E. Incapacidad de los proveedores de la red de facturarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden ordenarle a usted que pague por los servicios cubiertos. Ellos tampoco le pueden cobrar si pagamos por menos de lo que el proveedor nos cobró a nosotros. Consulte el Capítulo 7, Sección A, para saber qué hacer si un proveedor que forma parte de la red intenta cobrarle por servicios incluidos.

F. Su derecho a salirse del plan

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

- Si se retira de nuestro plan, seguirá estando en los programas de Medicare y Medicaid, siempre que siga siendo elegible.
- Tiene el derecho de obtener sus beneficios de Medicare por medio de:
  - Un Medicare-Medicaid Plan diferente
  - Original Medicare
  - Un plan Medicare Advantage
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos recetados de Medicare Parte D por medio de:
  - Un Medicare-Medicaid Plan diferente

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

  - Un plan de medicamentos recetados
  - Un plan Medicare Advantage
- Consulte el Capítulo 10 para obtener más información acerca de cuándo puede inscribirse en un nuevo plan Medicare Advantage o de beneficios de medicamentos con receta.
- Puede obtener sus beneficios de Medicaid por medio de:
  - Un Medicare-Medicaid Plan diferente
  - El servicio de cobro por servicio de Medicaid o un plan de salud de servicios y apoyos a largo plazo manejado (MLTSS) por Medicaid

NOTA: Si está recibiendo atención a largo plazo o servicios de exención basados en el hogar y la comunidad, debe permanecer en nuestro plan o elegir otro plan para obtener sus servicios y apoyos a largo plazo.

Para elegir un plan de servicios y apoyos a largo plazo manejado (MLTSS) por HealthChoice Illinois, puede llamar a Servicios de Inscripción al Cliente de Illinois al **1-877-912-8880**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-866-565-8576**. Dígales que desea abandonar Blue Cross Community MMAI e inscribirse en un plan MLTSS de HealthChoice Illinois. Si no elige un plan de salud, se le asignará al plan de salud MLTSS de HealthChoice de Illinois de nuestra compañía. Consulte el Capítulo 10 para obtener más información.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica cuando recibe servicios. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Conozca sus opciones.** Tiene derecho de ser informado acerca de todos los tipos de tratamiento.
- **Conozca los riesgos.** Usted tiene derecho a conocer cualquier riesgo posible. Usted debe conocer con antelación si cualquier servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Usted tiene el derecho de negarse a recibir tratamientos experimentales.
- **Obtenga una segunda opinión.** Tiene el derecho a consultar a otro doctor antes de tomar la decisión sobre el tratamiento.

- **Diga "no".** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento. Si usted rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted no será retirado del plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted asume toda la responsabilidad de lo que le suceda a usted.
- **Pídanos que le expliquemos el motivo por el cual un proveedor le denegó la atención médica.** Usted tiene el derecho a recibir una explicación nuestra si un proveedor se ha denegado a brindarle atención médica que usted considera que debería recibir.
- **Pídanos que cubramos un servicio o medicamento que fue denegado o que, por lo general, no está cubierto.** Esto se conoce como tomar una decisión de cobertura. En el Capítulo 9 se explica cómo solicitar una decisión de cobertura del plan.

G2. Su derecho a decir lo que desea que ocurra si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo

Algunas veces las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por sí mismas. Antes de que eso le ocurra, usted puede:

- Completar un formulario por escrito para **otorgar a una persona el derecho de tomar decisiones de atención médica en su nombre**.
- **Entregar instrucciones escritas a sus médicos** acerca de cómo desea que ellos administren su atención médica si usted no puede tomar esas decisiones por sí mismo.

El documento legal que usted puede utilizar para proporcionar sus instrucciones se denomina directiva anticipada. Existen tipos diferentes de directivas anticipadas y se usan diferentes nombres para cada uno. Algunos ejemplos son un testamento vital y un poder notarial para atención médica. Para conocer más acerca de las directivas anticipadas en Illinois, vaya al sitio web del Departamento de Salud Pública de Illinois: **www.idph.state.il.us/public/books/advin**.

Usted no tiene que utilizar una instrucción anticipada, pero puede hacerlo si lo desea. Esto es lo que tiene que hacer:

- **Obtener el formulario.** Usted puede obtener un formulario de su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las organizaciones que brindan información acerca de Medicare o Medicaid también pueden tener formularios de directivas anticipadas. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para pedir los formularios.
- **Llene y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Usted debe considerar obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.

- **Entregue copias a las personas que necesitan saber sobre el tema.** Usted debe dar una copia del formulario a su médico. También debe dar una copia a la persona que usted nombre para que tome decisiones por usted. Si lo desea, tal vez quiera entregar copias a amigos cercanos o a miembros de su familia. Asegúrese de conservar una copia en su hogar.
- **Blue Cross Community MMAI hará que su formulario completo forme parte de su historia clínica.** Blue Cross Community MMAI no puede, como condición para el tratamiento, exigirle que complete o renuncie a una directiva anticipada.
- Si usted va a ser hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, **conserve una copia de esta para el hospital**.

El hospital le preguntará a usted 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 llena o no una instrucción anticipada.

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si ha firmado una directiva anticipada y considera que un médico o el hospital no siguieron las instrucciones que aparecen en ella, puede presentar una queja llamando a la Línea de Ayuda para Ancianos al **1-800-252-8966** de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-206-1327**. Esta llamada es gratuita.

H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

En el Capítulo 9, Sección C, se indica lo que usted puede hacer si tiene algún problema o inquietud acerca de su atención médica cubierta o servicios cubiertos. Por ejemplo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja.

Usted tiene el derecho a obtener información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado contra nuestro plan. Para obtener esta información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita.

H1. Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos

Si considera que ha sido tratado injustamente y que **no** se trata de discriminación debido a los motivos indicados en el Capítulo 11 de este manual, o desea obtener más información sobre sus derechos, puede comunicarse para obtener ayuda:

- Llame a Servicios para Miembros al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible un servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día hábil. Esta llamada es gratuita.
- Programa de Seguro Médico para Personas Mayores al **1-800-252-8966** de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-206-1327**. Esta llamada es gratuita. Para obtener información acerca de esta organización, consulte el Capítulo 2, Sección E.
- Medicare al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. (También puede visitar la página web de Medicare para leer o descargar sus "Derechos y protecciones de Medicare" en **www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf**).
- Línea de Ayuda para Ancianos al **1-800-252-8966** de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-206-1327**. Esta llamada es gratuita.

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer las cosas que se detallan a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

- **Lea el *Manual del Miembro*** para conocer qué está cubierto y las reglas que debe seguir para recibir servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles acerca de sus:
  - Servicios cubiertos, consulte los Capítulos 3 y 4. Esos capítulos le indican a usted lo que tiene cobertura, lo que no tiene cobertura, las reglas que debe seguir y lo que usted paga.
  - Medicamentos cubiertos, consulte los Capítulos 5 y 6.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos recetados** que usted tenga. Se nos exige garantizar que usted esté utilizando todas sus opciones de cobertura cuando recibe atención médica. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene otra cobertura.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica** que usted está inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación del miembro de Blue Cross Community MMAI cada vez que obtenga servicios o medicamentos.

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

- **Ayude a sus médicos** y a otros proveedores de atención médica a que le brinden el mejor cuidado.
  - Proporcióneles la información que necesitan acerca de usted y su salud. Aprenda tanto como pueda acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus proveedores hayan acordado.
  - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores tengan información acerca de todos los medicamentos que usted está tomando. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda entender. Si usted formula una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe con respeto en el consultorio de su médico, hospitales y en los consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
  - Primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Para la mayoría de los miembros de Blue Cross Community MMAI, Medicaid paga su prima de la Parte A y su prima de la Parte B.
  - **Si obtiene algún servicio o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan, debe pagar el costo total.** Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura por un servicio o medicamento, usted puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una apelación.
- **Infórmenos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos informe de inmediato. Llame al Departamento de Servicios para Miembros.
  - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá permanecer en este plan.** Únicamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener Blue Cross Community MMAI. En el Capítulo 1, Sección D, se define nuestra área de servicio.
  - Podemos ayudarlo a determinar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Durante el período de inscripción especial, puede cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de medicamentos recetados o de salud de Medicare en su nueva dirección. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
  - Asimismo, asegúrese de informar a Medicare y Medicaid sobre su nueva dirección cuando usted se mude. Consulte el Capítulo 2 para obtener los números de teléfono de Medicare y Medicaid.
  - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, aun así necesitamos saberlo.** Es importante mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo lo podemos contactar.

- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-877-723-7702** (TTY: **711**) para obtener ayuda si tiene alguna pregunta o duda. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible un servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día hábil. Esta llamada es gratuita.

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

Introducción

Este capítulo contiene información acerca de sus derechos. Lea este capítulo para determinar qué hacer en los siguientes casos:

- Si tiene un problema o queja acerca de su plan.
- Si necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan haya indicado que no pagará.
- Si no está de acuerdo con una decisión que su plan ha tomado acerca de su atención médica.
- Si considera que sus servicios cubiertos se terminan demasiado pronto.

Si tiene algún problema o duda, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. Este capítulo se divide en diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente lo que está buscando.

Si usted tiene un problema con sus servicios y apoyos de salud o a largo plazo

Debe recibir la atención médica, los medicamentos y los servicios y el soporte a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen como necesarios para el cuidado de la salud como parte del plan de cuidado. **Si tiene algún problema con su atención médica, puede llamar a la Línea de Ayuda para Ancianos al 1-800-252-8966**, TTY: **1-888-206-1327**. Este capítulo explica las opciones que tiene para distintos problemas y quejas, pero puede llamar a la Línea de Ayuda de Ancianos para que lo ayuden a orientarlo con su problema. La Línea de Ayuda para Ancianos ayuda a cualquier persona de cualquier edad inscrita en este plan. Si desea obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes y conocer los medios de contacto, consulte el Capítulo 2, Sección D, en el que hay más información sobre los programas de mediación.

Tabla de contenidos

A. Qué hacer si tiene algún problema 157

A1. Información acerca de los términos legales 157

B. A dónde llamar para pedir ayuda 157

B1. Dónde obtener más información y ayuda 157

C. Problemas relacionados con sus beneficios 159

C1. Cómo usar el proceso de toma de decisiones de cobertura y apelaciones o presentación de quejas 159

D. Decisiones de cobertura y apelaciones 159

D1. Resumen de las apelaciones y decisiones de cobertura 159

D2. Cómo obtener ayuda con las apelaciones y decisiones de cobertura 160

D3. Cómo usar la sección de este capítulo que lo ayudará 161

E. Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D) 163

E1. Cuándo usar esta sección 163

E2. Solicitar una decisión de cobertura 164

E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D) 166

E4. Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D) 171

E5. Problemas de pago 176

F. Medicamentos Parte D 178

F1. Qué debe hacer si tiene algún problema para obtener un medicamento Parte D o desea que le reembolsemos un medicamento Parte D 178

F2. Qué es una excepción 179

F3. Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones 180

F4. Cómo solicitar una Decisión de cobertura acerca de un medicamento Parte D o el reembolso de un medicamento Parte D, incluida una excepción 181

F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos Parte D 184

F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos Parte D 187

G. Cómo solicitarnos que cubramos una internación por más tiempo en el hospital 188

G1. Aprender acerca de sus derechos de Medicare 189

G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital 190

G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital 192

G4. Qué sucede si no cumple con una fecha límite de la apelación 193

H. Qué hacer si cree que su atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o servicios del centro de rehabilitación integral ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) terminan demasiado pronto 195

H1. Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura 195

H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención médica 196

H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con su atención médica 198

H4. Qué sucede si usted no cumple con la fecha límite para hacer su Apelación de Nivel 1 199

I. Llevar su apelación más allá del Nivel 2 201

I1. Próximos pasos que debe seguir para obtener artículos y servicios de Medicare 201

I2. Próximos pasos que debe seguir para obtener artículos y servicios de Medicaid 202

J. Cómo presentar una queja 202
J1. ¿Qué tipos de problemas deben abarcar las quejas? 202
J2. Quejas internas 204
J3. Quejas externas 205

A. Qué hacer si tiene algún problema

Este capítulo indica qué hacer si tiene un problema con su plan o con sus servicios o pagos. Medicare y Medicaid aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que deben ser seguidos por nosotros y por usted.

A1. Información acerca de los términos legales

Existen términos legales difíciles para algunas de las reglas y plazos en este capítulo. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, de modo que hemos utilizado palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales. Utilizamos la menor cantidad posible de abreviaturas.

Por ejemplo, diremos:

- "Presentar una queja" en lugar de "presentar un reclamo"
- "Decisión de cobertura" y no "determinación de la organización", "determinación de beneficios", "determinación de riesgos" o "determinación de cobertura"
- "Decisión de cobertura rápida" en lugar de "determinación acelerada"

Conocer los términos legales apropiados puede ayudarle a comunicarse más claramente, por lo cual los ofrecemos también.

B. A dónde llamar para pedir ayuda

B1. Dónde obtener más información y ayuda

A veces el inicio o seguimiento de un proceso para abordar un problema puede ser confuso. Esto es particularmente cierto si usted no se siente bien o sus energías son limitadas. En otras oportunidades, puede ser que usted no tenga los conocimientos que necesita para continuar con el siguiente paso.

Usted puede obtener ayuda de la Línea de Ayuda para Ancianos

Si necesita ayuda, siempre puede llamar a la Línea de Ayuda para Ancianos. La Línea de Ayuda para Ancianos tiene un programa de mediador que puede responder sus preguntas y ayudarle a comprender lo que debe hacer para manejar su problema. La Línea de Ayuda para Ancianos no está relacionada con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Pueden ayudarlo a comprender qué proceso utilizar. El número de teléfono de la Línea de Ayuda para Ancianos es **1-800-252-8966**, TTY: **1-888-206-1327**. Puede llamar a la Línea de Ayuda para Ancianos de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. La llamada y el asesoramiento son gratuitos y están disponibles para usted independientemente de su edad. Consulte el Capítulo 2, Sección D, para obtener más información sobre los programas de mediación.

Puede obtener ayuda del Programa de Seguro de Salud de Personas Mayores (SHIP)

También puede llamar al Programa de Seguro de Salud de Personas Mayores (SHIP). Los asesores de SHIP pueden responder a sus preguntas y ayudarlo a comprender lo que debe hacer para

manejar el problema. Los asesores de SHIP pueden ayudarle sin importar cuántos años tenga. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono de SHIP **es 1-800-252-8966**, TTY: **1-888-206-1327** y su sitio web es **https:/licarb2.illinois.gov/aging/ship**. La llamada y la ayuda son gratuitas.

Cómo obtener ayuda de Medicare

Puede llamar a Medicare directamente para obtener ayuda si tiene problemas. Estas son dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY: **1-877-486-2048**. Esta llamada es gratuita.
- Visite la página web de Medicare en **www.medicare.gov**.

Cómo obtener ayuda de Medicaid

Puede llamar directamente al Estado de Illinois para obtener ayuda con los problemas. Llame a la Línea Directa de Beneficios de Salud del Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares de Illinois al **1-800-226-0768**, TTY: **1-877-204-1012**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. La llamada es gratuita.

También puede llamar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, en inglés). En Illinois, este es el Programa Livanta BFCC-QIO, y su número de teléfono es **1-888-524-9900**, TTY: **1-888-985-8775**. Es un grupo de médicos y otros profesionales médicos que ayudan a mejorar la calidad de la atención médica de las personas con Medicare. No está asociada con nuestro plan.

C. Problemas relacionados con sus beneficios

C1. Cómo usar el proceso de toma de decisiones de cobertura y apelaciones o presentación de quejas

Si tiene algún problema o duda, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La tabla a continuación le ayudará a identificar la parte correcta de este capítulo que trata sobre problemas o quejas.

¿Su problema o duda están relacionados con sus beneficios o cobertura?	
(Esto incluye problemas para determinar si determinados servicios de atención médica o medicamentos recetados están cubiertos o no, la modalidad de dicha cobertura y problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados).	
Sí.	**No.**
Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura.	Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura.
Consulte la **Sección D: "Decisiones de cobertura y apelaciones**" en la página 159.	Avance a la **Sección J: "Cómo presentar una queja"** en la página 202.

D. Decisiones de cobertura y apelaciones

D1. Resumen de las apelaciones y decisiones de cobertura

El proceso para una solicitud de decisiones de cobertura y para hacer apelaciones aborda problemas relacionados con sus beneficios y cobertura. También incluye problemas con el pago.

¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión inicial que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por los servicios médicos, elementos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué servicios están cubiertos para usted y cuánto pagamos.

Si usted o su médico no están seguros de si un servicio, artículo o medicamento está cubierto por Medicare o Medicaid, cualquiera de ustedes puede solicitar una decisión de cobertura antes de que el médico le preste el servicio o suministre el artículo o medicamento.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión de cobertura y la cambiemos si usted cree que cometimos un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un servicio, artículo o medicamento que usted quiere no está cubierto por Medicare o Medicaid o ya no lo cubre. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, puede apelar.

D2. Cómo obtener ayuda con las apelaciones y decisiones de cobertura

¿A quién puedo llamar para obtener ayuda para una solicitud de decisiones de cobertura o presentar una apelación?

Puede pedir ayuda a cualquiera de estas personas:

- Llame al **Departamento de Servicios para Miembros** al 1-**877-723-7702** (TTY: **711**). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible un servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día hábil. Esta llamada es gratuita.
- Llame a la **Línea directa de Beneficios de Salud del Departamento de Atención Médica y Servicios para Familias de Illinois** para obtener ayuda gratuita de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. La línea directa de Atención Médica de Illinois ayuda a las personas inscritas en Medicaid con sus problemas. El número de teléfono es **1-800-226-0768**, TTY: **1-877-204-1012**.
- Llame a la **Línea de Ayuda para Ancianos** para obtener ayuda gratuita de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. La Línea de Ayuda para Ancianos ayudará a cualquier persona de cualquier edad que inscrita en este plan. La Línea de Ayuda para Ancianos es una organización independiente. No está asociado con nuestro plan. El número de teléfono es **1-800-252-8966**, TTY: **1-888-206-1327**.
- Hable **con su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una apelación o decisión de cobertura en su nombre.
  - Si desea nombrar a su médico u otro proveedor para que sea su representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida el formulario para "Nombramiento del Representante". También puede obtener el formulario en **www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf**. El formulario le otorga a la persona permiso para actuar por usted. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
  - Observe que bajo el programa de Medicare, su médico u otro proveedor puede presentar una apelación sin el "Formulario para nombramiento del representante".
- Hable con un **amigo o familiar** y pídale que actúe en su nombre. Puede nombrar a otra persona para que actúe como su "representante", para solicitar una decisión de cobertura o para presentar una apelación.
  - Si desea designar a un amigo, a un familiar o a otra persona para que sea su representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite el "Formulario para nombramiento del representante".
  - También puede obtener el formulario en **www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf**. El formulario le otorga a la persona permiso para actuar por usted. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.

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

- **También tiene el derecho a contratar a un abogado** para que actúe en su nombre. Usted puede contratar a su propio abogado o solicitar un abogado en la asociación local de abogados u otro servicio de referencia. Algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si califica. Si usted desea que un abogado lo represente, deberá llenar el formulario para nombramiento del representante.
  - Sin embargo, **no necesita un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o para presentar una apelación.

D3. Cómo usar la sección de este capítulo que lo ayudará

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que involucran apelaciones y decisiones de cobertura. Cada situación tiene plazos y reglas diferentes. Este capítulo lo dividimos en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar las reglas que debe seguir. **Usted solo necesita leer la sección que se aplica a su problema:**

- En la **Sección E de la página 163**, se proporciona información si tiene problemas acerca de los servicios, artículos y medicamentos (pero **no** los medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, utilice esta sección si:
  - Usted no está recibiendo la atención médica que desea y considera que este cuidado está cubierto por nuestro plan.
  - No aprobamos servicios, artículos o medicamentos que su médico desea proporcionarle, y usted cree que debería existir una cobertura para esta atención médica.
    - **NOTA:** Solo utilice la SecciónE si estos son medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de Medicamentos Cubiertos*, también conocida como Lista de Medicamentos, que tienen una "MC" **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la SecciónF en la página178 para conocer las apelaciones por medicamentos de la Parte D.
  - Usted recibió atención médica o servicios que cree que deberían estar cubiertos, pero no estamos pagando por dicha atención médica.
  - Recibió y pagó por servicios médicos o artículos que creía que estaban cubiertos y desea solicitar que le demos un reembolso.
  - A usted se le ha indicado que la cobertura para la atención médica que ha estado recibiendo se reducirá o se interrumpirá, y está en desacuerdo con nuestra decisión.
    - **NOTA:** Si la cobertura que se va a interrumpir es por cuidado hospitalario, atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF, en inglés), usted deberá leer otra parte de este capítulo, ya que rigen normas especiales para estas modalidades de cuidado. Consulte las Secciones G y H en las páginas 188 y 195.

  - Se descartará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo podríamos rechazar su solicitud son: si su solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud por usted, pero no nos ha dado pruebas de que usted aceptó permitirles hacer la solicitud, o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud para una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicarán los motivos y cómo se puede solicitar una revisión de la denegación. Esta revisión es un proceso formal llamado apelación.
- En la **Sección Fde la página 178**, se brinda información sobre los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, utilice esta sección si:
  - Desea solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento Parte D que no esté incluido en nuestra Lista de medicamentos.
  - Usted desea pedirnos que exoneremos límites en la cantidad del medicamento que usted puede obtener.
  - Usted desea solicitarnos que cubramos un medicamento que requiere autorización previa.
  - Nosotros no aprobamos su solicitud o excepción y usted o su médico, u otro recetador, consideran que deberíamos haberlo hecho.
  - Nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. (Esto es equivalente a solicitar una decisión de cobertura por pagos.)
- En la **Sección G de la página 188** se brinda información sobre cómo solicitarnos que cubramos una internación en hospital si cree que el médico le está dando el alta demasiado pronto. Utilice esta sección si:
  - Se encuentra en el hospital y considera que el médico le pidió que abandone el hospital demasiado pronto.
- **En la Sección H de la página 195**, se brinda información si usted cree que sus servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) finalizan demasiado pronto.

Si no está seguro de cuál sección debe utilizar, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita.

Si necesita más ayuda o información, llame a la Línea de Ayuda para Ancianos al **1-800-252-8966** (TTY: **1-888-206-1327**), de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. La llamada y la ayuda son gratuitas.

E. Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D)

E1. Cuándo usar esta sección

Esta sección es acerca de lo que debe hacer si tiene problemas con sus beneficios por concepto de sus servicios médicos, de salud conductual y atención médica a largo plazo. También puede usar esta sección para problemas con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos de Medicare Parte B. Los medicamentos en la Lista de medicamentos que aparecen con un "MC" no están cubiertos por la Parte D. Use la Sección F para apelaciones por medicamentos de la Parte D.

En esta sección, se describe qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. Considera que cubrimos un servicio médico, de salud conductual o servicio de atención a largo plazo que necesita, pero no está recibiendo.
   Lo que puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la Sección E en la página 164 para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

2. No aprobamos el cuidado que su médico desea darle, y usted cree que deberíamos haberlo aprobado.
   Lo que puede hacer: Usted puede apelar nuestra decisión de no aprobar la atención médica. Consulte la Sección E en la página 166 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

3. Usted recibió servicios o artículos que cree que cubrimos, pero no los pagaremos.
   Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la Sección E en la página 166 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

4. Recibió y pagó por servicios o artículos que creía que estaban cubiertos y desea que el plan le dé un reembolso.
   Lo que puede hacer: Puede pedirnos que le rembolsemos el dinero. Consulte la Sección E en la página 176 para obtener información sobre cómo solicitarle al plan que pague.

5. Redujimos o interrumpimos su cobertura para un cierto servicio, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
   Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir el servicio. Consulte la Sección E en la página 166 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

NOTA: Se aplican normas especiales si la cobertura que se va a interrumpir es por servicios de cuidado en el hospital, atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada

o centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF). Consulte las Secciones G o H en las páginas 188 y 195 para obtener más información.

E2. Solicitar una decisión de cobertura

Cómo solicitar una decisión de cobertura para obtener un servicio médico, de salud conductual o servicio de atención a largo plazo

Para solicitar una decisión de cobertura, llámenos, escríbanos o envíenos un fax, o bien pida a su representante o a su médico que nos soliciten una decisión.

- También puede llamarnos al: **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible un servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día hábil. Esta llamada es gratuita.
- Usted puede enviarnos un fax al: **1-312-233-4060**
- Para llevar a cabo una revisión retrospectiva de la salud conductual, puede escribirnos a:
  Blue Cross Community Behavioral Health
  PO BOX 660103
  Dallas, TX 75266

¿Cuánto tiempo se requiere para obtener una decisión de cobertura?

Por lo general, el plazo es de 14 días naturales posteriores a su solicitud, a menos que su solicitud sea para un medicamento recetado de Medicare Parte B. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, le comunicaremos nuestra decisión en un plazo no mayor a 72 horas después de haber recibido su solicitud. Si no le proporcionamos nuestra decisión dentro de los siguientes 14 días naturales (o 72 horas para un medicamento recetado de Medicare Parte B), usted puede apelar.

Algunas veces necesitamos más tiempo y le enviaremos una carta indicándole que necesitamos hasta 14 días naturales más. En la carta le explicaremos por qué necesitamos más tiempo. No podemos tomarnos tiempo adicional para darle una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

¿Puedo obtener una decisión de cobertura más rápido?

Sí. Si necesita una respuesta más rápida debido a su salud, solicite que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Si aprobamos la solicitud, le notificaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas (o dentro de las 24 horas para un medicamento recetado de Medicare Parte B).

Sin embargo, algunas veces necesitamos más tiempo y le enviaremos una carta indicándole que necesitamos hasta 14 días naturales adicionales. En la carta le explicaremos por qué necesitamos

más tiempo. No podemos tomarnos tiempo adicional para darle una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

El término legal de "decisión de cobertura rápida" es **"determinación acelerada"**.

Cómo solicitar una Decisión de cobertura rápida:

- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida, comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que cubramos el cuidado que usted desea.
- Puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro.
  Los fines de semana y los feriados federales, los mensajes de voz están disponibles. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable, o envíe un fax al **1-312-233-4200**. Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2.
- También puede decirle a su médico o a su representante que nos llame.

A continuación se explican las reglas para solicitar una decisión de cobertura rápida:

Usted debe cumplir con los siguientes dos requisitos para obtener una decisión de cobertura rápida:

1. Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si está solicitando cobertura por atención médica o un artículo que usted aún no ha recibido.** (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud es por el pago de atención médica o por un artículo que ya ha recibido).
2. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si la fecha límite estándar de 14 días naturales (o el plazo de 72 horas para los medicamentos recetados de Medicare Parte B) puede causar graves daños a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar normalmente.**

- Si su médico dice que usted necesita una decisión de cobertura rápida, le daremos una automáticamente.
- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida sin el aval de su médico, nosotros decidiremos si usted recibe una decisión de cobertura rápida.
  - Si decidimos que su salud no reúne los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta. En lugar de eso, también usaremos la fecha límite estándar de 14 días naturales (o la fecha límite de 72 horas para medicamentos recetados de Medicare Parte B).
  - Esta carta le informará que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le concederemos una decisión de cobertura rápida.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Asegurado de Blue Cross Community MMAI al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Atendemos los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita.

- La carta también le informará cómo puede presentar una "queja rápida" acerca de nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 202.

Si la decisión de cobertura es No ¿cómo lo sabré?

Si la respuesta es **No**, le enviaremos una carta con nuestras razones para decirle que **No**.

- Si nuestra respuesta es **No**, tiene el derecho a solicitar que cambiemos esta decisión mediante una apelación. Presentar una apelación significa pedirnos que revisemos nuestra decisión de denegar la cobertura.
- Si decide presentar una apelación, eso significa que usted ingresará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la sección a continuación para obtener más información).

E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D)

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión de cobertura y la cambiemos si usted cree que cometimos un error. Si usted o su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar. En todos los casos, debe comenzar su apelación en el Nivel 1.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, puede llamar a la línea de ayuda para adultos mayores **al 1-800-252-8966** (TTY: **1-888-206-1327**), de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. la Línea de Ayuda para Ancianos no está relacionada con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. La llamada y la ayuda son gratuitas.

¿Qué es una Apelación de Nivel 1?

Una Apelación de Nivel 1 es la primera apelación a nuestro plan. Revisaremos nuestra decisión de cobertura para determinar si es correcta. El revisor será una persona que no tomó la decisión de la cobertura original. Cuando completemos la revisión, le daremos nuestra decisión por escrito.

Si le informamos, después de nuestra revisión, que el servicio o artículo no está cubierto, su caso puede pasar a una Apelación de Nivel 2.

¿Cómo puedo hacer una Apelación de Nivel 1?

- Para iniciar una apelación, usted, su médico u otro proveedor, o su representante, deben comunicarse con nosotros. Puede comunicarse con nosotros al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Para obtener información adicional sobre cómo comunicarse con nosotros para hacer apelaciones, consulte el Capítulo 2.
- Usted puede solicitarnos una "apelación estándar" o una "apelación rápida".
- Si solicita una apelación estándar o una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.
  - Puede presentar una solicitud a la siguiente dirección:

Blue Cross Community Health PlansSM
Appeals & Grievances
PO Box 27838
Albuquerque, NM 87125-9705

  - Si solicita una apelación estándar, envíenos un fax al **1-866-643-7069**.
  - Si solicita una apelación rápida, envíenos un fax al **1-800-338-2227**.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden escribir su solicitud y enviarla por correo o fax. Usted también puede solicitar una apelación si nos llama.

- Pregunte **dentro de los siguientes 60 días naturales** de la decisión que usted está apelando. Si deja pasar la fecha límite por una buena razón, usted todavía puede apelar.
- Si presenta una apelación porque le dijimos que un servicio de Medicaid que recibe en la actualidad será cambiado o interrumpido, tiene **10 días naturales para presentar una apelación** si desea mantener ese servicio de Medicaid mientras su proceso de apelaciones está en proceso.
- Siga leyendo esta sección para saber más sobre qué fecha limite aplica a su apelación.

- También puede solicitar una apelación llamándonos al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita.

El término legal para "apelación rápida" es **"reconsideración acelerada".**

¿Puede alguien más hacer la apelación por mí?

Sí. Su médico, otro proveedor o alguien más puede hacer la apelación por usted, pero primero usted debe completar un Formulario para nombramiento del representante. El formulario le otorga a la otra persona permiso para actuar por usted.

Si no recibimos este formulario y alguien está actuando por usted, se rechazará su solicitud de apelación. Si esto sucede, usted tiene derecho a que otra persona revise nuestro rechazo. Le enviaremos un aviso por escrito en el que se expliquen sus derechos para solicitar a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

Si desea obtener un Formulario para Nombramiento del Representante, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros y solicite uno, o visite **www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf**.

Si la apelación proviene de una persona distinta a usted, por lo general, debemos recibir el Formulario para Nombramiento del Representante completado antes de que podamos revisar la apelación.

Tenga en cuenta que bajo el programa de Medicare, su médico u otro proveedor puede presentar una apelación sin el Formulario para nombramiento del representante.

¿Cuánto tiempo tengo para hacer una apelación?

Debe solicitar una apelación **dentro de los 60 días naturales** desde la fecha que aparece en la carta que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión.

Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberlo cumplido, le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena razón son: usted tuvo una enfermedad grave, o le dimos información incorrecta acerca de la fecha límite para solicitar una apelación. Debe explicar el motivo de la demora cuando hace su apelación.

NOTA: Si presenta una apelación porque le dijimos que un servicio de Medicaid que recibe en la actualidad será cambiado o interrumpido, tiene **10 días calendario** para presentar una apelación si desea mantener ese servicio de Medicaid mientras su proceso de apelaciones está en proceso. Consulte "¿Continuarán mis beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1?" en la página 166 para obtener más información.

¿Puedo obtener una copia de mis registros médicos?

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

Sí. Solicítenos una copia gratuita llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita.

¿Puede mi médico darles más información acerca de mi apelación?

Sí, usted y su médico pueden darnos más información para apoyar su apelación.

¿Cómo tomaremos la decisión sobre la apelación?

Examinamos con mucho cuidado toda la información acerca de su solicitud de cobertura de atención médica. Luego, verificamos si estábamos cumpliendo con todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud. El revisor será una persona que no tomó la decisión original.

Si necesitamos más información, podemos solicitársela a usted o a su médico.

¿Cuándo tendré noticias acerca de una decisión sobre la apelación "estándar"?

Debemos darle una respuesta en un plazo de 15 días laborables después de haber recibido su apelación (o en un plazo de 7 días naturales después de haber recibido su apelación por un medicamento recetado de Medicare Parte B). Le informaremos sobre nuestra decisión en un plazo menor si la condición de su salud lo requiere.

- Sin embargo, si solicita una extensión del plazo o si nosotros necesitamos reunir más información, podemos extender el plazo hasta por 14 días naturales adicionales. Si decidimos que necesitamos más tiempo para tomar una decisión, nos comunicaremos con usted a fin de informarle el motivo. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su apelación es sobre un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si considera que no debemos extender el plazo, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de extender el plazo. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 202.
- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 15 días laborables (o en un plazo de 7 días naturales después de haber recibido su apelación por un medicamento recetado de Medicare Parte B) al final de los días adicionales (si nos tomó ese tiempo), enviaremos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones, si su problema se refiere a un servicio o artículo cubierto por Medicare o por Medicare y Medicaid. Se le notificará cuando esto suceda. Si su problema se refiere a un servicio cubierto solo por Medicaid, usted mismo puede presentar una Apelación del nivel 2. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E en la página 171.

Si nuestra respuesta es Sí en su totalidad o en parte a todo lo que solicitó, debemos aprobar o brindar la cobertura dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o dentro de

los 7 días naturales posteriores a la recepción de su apelación para un medicamento recetado de Medicare Parte B).

Si nuestra respuesta es No para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema se refiere a un Servicio o artículo cubierto por Medicare o por Medicare y Medicaid, la carta le indicará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una Apelación del nivel 2. Si su problema se refiere a un servicio o artículo cubierto solo por Medicaid, la carta le indicará cómo presentar usted mismo una Apelación del nivel 2. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E en la página 171.

¿Cuándo tendré noticias acerca de una decisión sobre la apelación "rápida"?

Si solicita una apelación rápida, nosotros le informaremos en un plazo de 24 horas después de que recibamos su solicitud si necesitamos más información para decidir su apelación. Tomaremos una decisión sobre su apelación rápida dentro de las siguientes 24 horas después de recibir toda la información solicitada de su parte.

- Sin embargo, si solicita una extensión del plazo o si nosotros necesitamos reunir más información, podemos extender el plazo hasta por 14 días naturales adicionales. Si decidimos que necesitamos más tiempo para tomar una decisión, le escribiremos para informarle el motivo. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si considera que no debemos extender el plazo, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de extender el plazo. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 202.
- Si no le damos una respuesta dentro de las siguientes 24 horas después de recibir toda la información necesaria o al final de los días adicionales (si nos tomó ese tiempo), enviaremos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones, si su problema se refiere a un servicio o artículo cubierto por Medicare o por Medicare y Medicaid. Se le notificará cuando esto suceda. Si su problema se refiere a un servicio cubierto solo por Medicaid, usted mismo puede presentar una Apelación del nivel 2. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E en la página 171.

Si nuestra respuesta es Sí para una parte o la totalidad de lo que solicitó, deberemos autorizar o proporcionar la cobertura dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud.

Si nuestra respuesta es No para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema se refiere a un Servicio o artículo cubierto por Medicare o por Medicare y Medicaid, la carta le indicará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una Apelación del nivel 2. Si su problema se refiere a un servicio o artículo cubierto solo por Medicaid, la carta le indicará cómo presentar usted mismo una Apelación del nivel 2. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E en la página 171.

¿Continuarán mis beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1?

- Si su problema se refiere a un servicio cubierto por Medicare, o por Medicare y Medicaid, sus beneficios por ese servicio continuarán durante el proceso de Apelación del nivel 1.
- Si su problema se refiere a un servicio cubierto solo por Medicaid, sus beneficios por ese servicio no continuarán a menos que solicite al plan que continúe con sus beneficios cuando presente su apelación. Debe presentar su apelación y solicitar continuar con los beneficios dentro de los 10 días naturales después de que reciba la Notificación de denegación de cobertura médica. Si pierde la apelación, tendrá que pagar por el servicio.

E4. Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D)

Si el plan dice que No en el Nivel 1 ¿qué sucede después?

- Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le dirá si el servicio o artículo normalmente está cubierto por Medicare o Medicaid.
- Si su problema se refiere a un servicio o artículo **Medicare**, automáticamente tendrá una Apelación de Nivel 2 con la Entidad de Revisión Independiente (IRE, en inglés) cuando la Apelación de Nivel 1 esté completa.
- Si su problema se refiere a un servicio o artículo **Medicaid**, usted puede presentar una Apelación de Nivel 2 en la oficina de Audiencia Imparcial Estatal. La carta le indicará cómo hacerlo. La información también aparece a continuación.
- Si su problema se refiere a un servicio o artículo que podría estar **cubierto por Medicare y Medicaid**, automáticamente tendrá una Apelación de Nivel 2 con la IRE. Si también dicen que **No** a su apelación, puede solicitar otra apelación del Nivel 2 en la oficina de Audiencia Imparcial Estatal.

¿Qué es una Apelación de Nivel 2?

Una Apelación de Nivel 2 es la segunda apelación, que la realiza una Organización de Revisión Independiente que no está relacionada con el plan. Es una Entidad de Revisión Independiente (IRE) o una Oficina de Audiencias Imparciales Estatales de Medicaid. La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No es una agencia gubernamental. Medicare supervisa su trabajo.

Mi problema es acerca de un artículo o servicio Medicaid. ¿Cómo puedo presentar una Apelación de Nivel 2?

El Nivel 2 del proceso de apelaciones para los servicios sin exención Medicaid es una Revisión Independiente Externa (EIR, en inglés) o una Audiencia Imparcial Estatal. Debe solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por escrito o por teléfono **en un plazo de 120 días naturales** luego de la fecha en que enviamos la carta con nuestra decisión sobre su Apelación de Nivel 1. La carta que reciba de nosotros le dirá dónde presentar su solicitud de audiencia.

Debe solicitar una EIR dentro de los **30 días** de la fecha en que enviamos la carta con la decisión sobre su Apelación de Nivel 1. Si desea que sus servicios permanezcan igual durante el proceso de la EIR, debe solicitar una EIR dentro de los **diez (10) días naturales** de nuestra carta con la decisión. Para solicitar una EIR o hacer preguntas, puede comunicarse con Blue Cross Community MMAI al:

Blue Cross Community MMAI
Grievance and Appeals Coordinator
P.O. Box 27838
Albuquerque, NM 87125-9705
1-877-723-7702 (TTY: **711**)
Fax: **1-866-643-7069**
Fax de solicitud rápida: **1-800-338-2227**

Dentro de los cinco (5) días laborables posteriores a la recepción de su solicitud, revisaremos toda la información. A continuación, le notificaremos si su solicitud es elegible para una EIR. Si es elegible, le notificaremos cual es la organización de revisión externa elegida para revisar su información. Dentro de los cinco (5) días posteriores a la recepción de toda la información necesaria, la organización de EIR revisará la información. La organización decidirá si los servicios son médicamente adecuados. Si se determina que los servicios son médicamente adecuados, Blue Cross Community MMAI aprobará los servicios. Le notificaremos los resultados de la EIR de forma oral y por escrito.

Se puede solicitar una EIR acelerada (Rápida) si usted cree que el plazo para terminar una EIR estándar podría poner en riesgo grave su vida o salud. Esto incluye su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar su funcionamiento máximo. Una solicitud de una EIR acelerada se puede realizar de forma oral o por escrito. Si aceptamos que su solicitud se puede acelerar, la enviaremos a la organización de EIR dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de toda la información necesaria. La organización de EIR tomará una decisión en un (1) día laborable. Le notificaremos los resultados de la EIR acelerada de forma oral.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones para servicios de exención Medicaid es una Audiencia Imparcial Estatal. Debe solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por escrito o por teléfono **en un plazo de 120 días naturales** luego de la fecha en que enviamos la carta con nuestra decisión sobre su Apelación de Nivel 1. La carta que reciba de nosotros le dirá dónde presentar su solicitud de audiencia.

- Si usted desea solicitar una Audiencia Imparcial Estatal acerca de un servicio o un artículo estándar de Medicaid, la exención de servicios para adultos mayores (Programa de atención comunitaria, o PCC) o la exención para instalaciones de viviendas de apoyo, presente su apelación por escrito o por teléfono a:

CORREO	Illinois Healthcare and Family Services Bureau of Administrative Hearings

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

	Fair Hearings Section 69 West Washington, 4th Floor Chicago, Illinois 60602
LLAME	**1-855-418-4421** (número de teléfono gratuito)
TTY	**1-800-526-5812**
FAX	**1-312-793-2005**
CORREO ELECTRÓNICO	**HFS.FairHearings@Illinois.gov**

- Si desea solicitar una Audiencia Imparcial Estatal acerca de la exención para personas con discapacidades, exención para lesiones cerebrales traumáticas, o exención para VIH/SIDA, (Programa de Servicios en el Hogar o HSP), presente su apelación por escrito o por teléfono a:

CORREO	Department of Human Services Bureau of Hearings 69 West Washington, 4th Floor Chicago, Illinois 60602
LLAME	**1-800-435-0774** (número de teléfono gratuito)
TTY	**1-877-734-7429**
FAX	**1-312-793-3387**
CORREO ELECTRÓNICO	**DHS.HSPAppeals@Illinois.gov**

La audiencia será procesada por un funcionario de audiencia imparcial autorizado para supervisar Audiencias Imparciales Estatales.

- Usted recibirá una carta de la Oficina de Audiencia indicándole la fecha, hora y lugar de la audiencia. Esta carta también brindará información sobre la audiencia. Es importante que lea esta carta con cuidado.
- Por lo menos tres días hábiles antes de la audiencia, usted recibirá un paquete de información de parte de nuestro plan. Este paquete incluirá toda la evidencia que presentaremos en la audiencia. Este paquete también se enviará al Funcionario de Audiencia Imparcial.
- Deberá informar a la Oficina de Audiencias sobre cualquier arreglo razonable que pueda necesitar.

- Si debido a su discapacidad, no puede participar en persona en la oficina local, puede solicitar una participación por teléfono. Proporcione al personal de la audiencia el número de teléfono con el que podamos comunicarnos con usted.
- Debe suministrar toda la evidencia que presentará en la audiencia al Funcionario de Audiencia Imparcial por los menos tres días laborables antes de la audiencia. Esto incluye una lista de cualquiera de los testigos que comparecerán, así como todos los documentos que usted utilizará.
- Es probable que la audiencia sea grabada.

Mi problema se refiere a un servicio o artículo que tiene cobertura de Medicare, o de Medicare y Medicaid. ¿Qué sucederá en la Apelación de Nivel 2?

Si decimos que **No** a su Apelación de Nivel 1 y, por lo general, el servicio o artículo tiene cobertura Medicare o Medicare y Medicaid, usted obtendrá **automáticamente** una Apelación de Nivel 2 de la IRE. La IRE realizará una revisión cuidadosa de la decisión del Nivel 1 y decidirá si se debe cambiar.

- No necesita solicitar una Apelación de Nivel 2. Automáticamente le enviaremos cualquier denegación (total o parcial) a la IRE. Se le notificará cuando esto suceda.
- La IRE está contratada por Medicare y no está relacionada con este plan.
- Puede solicitar una copia de su archivo llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita.

La IRE debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 dentro de los 30 días naturales después de haber recibido su apelación (o dentro de los 7 días naturales de haber recibido su apelación para un medicamento recetado de Medicare Parte B). Esta regla aplica si usted envió su apelación antes de obtener elementos o servicios médicos.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que lo pueda beneficiar a usted, podrá extender el plazo hasta por 14 días naturales adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo indicará por carta. La IRE no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

Si tuvo una “Apelación Rápida” en el Nivel 1, automáticamente, tendrá una apelación rápida en el Nivel 2. La IRE debe darle una respuesta dentro de las 72 horas posteriores de recibir su apelación.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que lo pueda beneficiar a usted, podrá extender el plazo hasta por 14 días naturales adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo indicará por carta. La IRE no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento recetado de Medicare Parte B.

¿Cómo me enteraré acerca de la decisión?

Si su Apelación del nivel 2 fue una Audiencia Imparcial Estatal, la Oficina de Audiencias Imparciales Estatales le enviará una carta explicando su decisión. Esta carta se llama "Decisión Final Administrativa".

- Si la Oficina de Audiencias Imparciales Estatales dice **Sí** a parte o todo lo que ha solicitado, debemos autorizar o proporcionar la cobertura de atención médica tan pronto como su salud lo requiera.
- Si la Oficina de Audiencias Imparciales Estatales dice **No** a parte o todo lo que ha solicitado, significa que están de acuerdo con la decisión del Nivel 1. Esto se denomina "mantener la decisión". También se llama "rechazar su apelación".

Si su Apelación de Nivel 2 fue enviada a la Entidad de Revisión Independiente (IRE, por sus siglas en inglés), esta le enviará a una carta explicando su decisión.

- Si la IRE dice **sí** a su solicitud en la apelación estándar, en su totalidad o en parte, deberemos autorizar la cobertura de la atención médica dentro de las siguientes 72 horas o proporcionarle el servicio o el artículo dentro de los siguientes 14 días naturales a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, deberemos autorizar la cobertura de atención médica o brindarle el servicio o artículo dentro las 72 horas posteriores a la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.
- Si la IRE dice **Sí** a una parte o la totalidad de lo que solicitó en su apelación estándar para un medicamento recetado de Medicare Parte B, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de Medicare Parte B dentro de las 72 horas de haber recibido la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, deberemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de Medicare Parte B dentro de las 24 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.
- Si la IRE dice **No** a lo que usted solicitó, en su totalidad o en parte, eso significa que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1. Esto se denomina "mantener la decisión". También se llama "rechazar su apelación".

Si la decisión es No para todo o parte de lo que solicité, ¿puedo presentar otra apelación?

Si su Apelación de Nivel 2 fue enviada a la Oficina de Audiencias Imparciales Estatales, y usted no está de acuerdo con la decisión, no puede hacer otra apelación por el mismo tema a la oficina de Audiencias Imparciales Estatales. Esta decisión se podrá revisar solo mediante los Tribunales de Circuito del Estado de Illinois.

Si su Apelación del nivel 2 fue enviada a la Entidad de Revisión Independiente (IRE), puede presentar una nueva apelación en ciertas situaciones:

- Si su problema se refiere a un servicio o artículo que está cubierto por **Medicare y Medicaid**, puede solicitar otra Apelación de Nivel 2 en la Oficina de Audiencias Imparciales Estatales. Después de que la IRE tome su decisión, le enviarán una carta para explicarle su derecho a solicitar una Audiencia Imparcial Estatal. Después de que la IRE tome su decisión, le enviaremos una carta indicándole su derecho a solicitar una Audiencia Imparcial Estatal. Consulte la página 171 para obtener información sobre el proceso de Audiencia Imparcial Estatal.
- Si su problema se refiere a un servicio o artículo que está cubierto por Medicare, o por Medicare y Medicaid, puede apelar después del Nivel 2 solo si el valor en dólares del servicio que desea cumple con cierta suma mínima. La carta que usted reciba de la IRE le explicará los derechos adicionales de apelación que usted puede tener.

Consulte la Sección I en la página 201 para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 2?

Tal vez.

- Si su problema se refiere a un servicio cubierto por Medicare únicamente, sus beneficios por ese servicio **no** continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la IRE.
- Si su problema se refiere a un servicio cubierto por Medicaid únicamente, sus beneficios por ese servicio continuarán si presenta una Apelación del nivel 2 dentro de los siguientes 10 días naturales después de haber recibido la carta de la decisión del plan.
- Si su problema se refiere a un servicio cubierto por Medicare y Medicaid, sus beneficios por ese servicio continuarán durante el proceso de Apelación del nivel 2 con la IRE. Si presenta la apelación en la oficina de Audiencias Imparciales Estatales después de que la IRE toma su decisión, y quisiera que sus servicios se mantuvieran durante el proceso de Audiencia Imparcial Estatal, debe pedirlo dentro de los 10 días naturales de la notificación de la IRE.

E5. Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen a usted por los servicios o artículos cubiertos. Esto es así incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca deberá pagar el saldo de una factura.

Si recibe una factura por artículos y servicios cubiertos, envíenos la factura. **No debe pagar la factura por su cuenta.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos haremos cargo del problema.

Para obtener más información, lea el Capítulo 7: “Cómo solicitar que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos” en la sección titulada “Cuando un

proveedor de la red le envía una factura". En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las que puede tener que solicitar un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. También le informa cómo nos debe enviar la documentación en la que solicita que le paguemos.

¿Puedo solicitar que me otorguen un reembolso por un servicio o artículo que haya pagado?

Recuerde, si le llega una factura por artículos y servicios cubiertos, no debe pagarla. Pero si usted la paga, podrá obtener un reembolso si cumplió las normas para obtener artículos y servicios.

Si solicita que le reembolsemos, está solicitando una decisión de cobertura. Examinaremos si el servicio o elemento que pagó es un servicio o elemento cubierto y comprobaremos si siguió todas las reglas para utilizar su cobertura.

- Si los artículos y servicios que pagó están cubiertos y cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago por el artículo o servicio en un plazo de 60 días naturales después de haber recibido su solicitud. O, si todavía no ha pagado por el servicio o el artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que responder **afirmativamente** a su solicitud por una decisión de cobertura.
- Si los artículos y servicios no están cubiertos, o usted no cumplió todas las normas, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos por el servicio o artículo y le explicaremos el motivo.

¿Qué sucede si le informamos que no pagaremos?

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección E en la página 166. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para un reembolso, debemos enviarle nuestra respuesta en un plazo de 60 días naturales después de recibir su apelación.
- Si nos solicita un reintegro por un artículo o servicio que ya recibió y pagó, no podrá solicitar una apelación rápida.

Si le respondemos que **No** a su apelación y, por lo general, el servicio o artículo está cubierto por Medicare o por Medicare y Medicaid, nosotros automáticamente enviaremos su caso a la Entidad de Revisión Independiente (IRE). Le avisaremos por carta si esto sucede.

- Si la IRE revierte nuestra decisión y dice que le debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los siguientes 30 días naturales. Si la respuesta a su apelación es **Sí** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó, a usted o al proveedor, en un plazo de 60 días naturales.
- Si la IRE dice **No** a su apelación, esto significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación"). En la carta que reciba, se le explicarán los derechos adicionales de apelación que puede tener.

Si **rechazamos** su apelación y, por lo general, el servicio o artículo está cubierto solo por Medicaid, puede presentar una Apelación de Nivel 2 (consulte la Sección E en la página 171).

F. Medicamentos Parte D

F1. Qué debe hacer si tiene algún problema para obtener un medicamento Parte D o desea que le reembolsemos un medicamento Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para varios medicamentos recetados. La mayoría de estos medicamentos son "Medicamentos de la Parte D". Existen algunos medicamentos que Medicare Parte D no cubre, pero que Medicaid podría cubrir. **Esta sección aplica únicamente a las apelaciones de medicamentos Parte D.**

La Lista de medicamentos incluye algunos medicamentos que dicen "MC". Estos no son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o decisiones de cobertura por medicamentos que tienen el símbolo "MC" siguen el proceso que se describe en la Sección E, página 163.

¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación por los medicamentos recetados de la Parte D?

Sí. A continuación, mencionamos ejemplos de decisiones de cobertura que usted puede solicitarnos sobre sus medicamentos Parte D:

- Usted nos solicita que hagamos una excepción, como por ejemplo:
  - Solicitarnos cubrir un medicamento Parte D que no está en la Lista de medicamentos
  - Nos solicita que renunciemos a una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como por ejemplo, límites para la cantidad del medicamento que usted puede obtener).
- Usted nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento se encuentra en la Lista de medicamentos del plan, pero exigimos que usted obtenga aprobación de nuestra parte antes de darle cobertura para usted).

NOTA: Si su farmacia le comunica que su receta médica no puede despacharse, usted recibirá un aviso explicándole cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

- Usted nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esto es solicitarnos una decisión de cobertura por pagos.

El término legal para una decisión de cobertura de sus medicamentos de la Parte D es "**determinación de cobertura**".

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación.

¿En qué situación se encuentra?			
¿Necesita usted un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos o que renunciemos a una norma o restricción aplicada a algún medicamento que cubrimos?	¿Desea que cubramos un medicamento que se encuentra en nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con todas las normas o restricciones del plan (como, por ejemplo, obtener una aprobación anticipada) para el medicamento que necesita?	¿Desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya haya recibido y pagado?	¿Ya le hemos informado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento del modo que usted quisiera?
Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).	**Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura.**	**Puede pedirnos que le rembolsemos el dinero.** (Este es un tipo de decisión de cobertura).	**Puede presentar una apelación.** (Esto quiere decir que nos pide que reconsideremos nuestra decisión).
Comience con la **Sección F 2** en la página 179. También consulte las Secciones F3 y F4 en las páginas 180 y 181.	Avance a la **Sección F4** en la página 181.	Avance a la **Sección F4** en la página 181.	Avance a la **Sección F5** en la página 184.

F2. Qué es una excepción

Una excepción es un permiso para obtener la cobertura de un medicamento que no está normalmente en nuestra Lista de Medicamentos o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones. Si un medicamento no está en nuestra Lista de Medicamentos o no está cubierto de la forma en que usted quisiera, puede solicitarnos una “excepción”.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro recetador deberán explicar las razones médicas que justifiquen por qué la requiere.

A continuación, detallamos ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro profesional recetador pueden solicitarnos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no esté en nuestra Lista de Medicamentos.

- No puede solicitar una excepción por el monto del copago ni del coseguro que requerimos que pague por el medicamento.

2. Quitar una restricción sobre nuestra cobertura. Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos incluidos en nuestra Lista de Medicamentos (para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección B).
   - Las normas y restricciones adicionales para la cobertura de ciertos medicamentos incluyen: que sea obligatorio tomar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
     - Obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto a veces se denomina "autorización previa", (PA, en inglés)).
     - Estar obligado a probar otro medicamento primero antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted solicita. (Esto a veces se denomina "terapia progresiva").
     - Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, establecemos un límite a la cantidad de medicamento que usted puede adquirir.

El término legal para solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una **"excepción del formulario".**

F3. Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones

Su médico u otro recetador debe indicarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que receta deben entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si usted incluye esta información de su médico u 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. Se los llama medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo puede tener la misma eficacia que el medicamento que usted solicita y no causa más efectos colaterales ni otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción.

Le diremos Sí o No a su solicitud de excepción

- Si decimos **Sí** a su solicitud de excepción, por lo general la excepción dura hasta el final del año natural. 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 **No** a su solicitud de una excepción, usted puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. En la Sección F5 en la página 184, se explica cómo presentar una apelación si nuestra respuesta es **No**.

En la siguiente sección le explicamos cómo debe solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

F4. Cómo solicitar una Decisión de cobertura acerca de un medicamento Parte D o el reembolso de un medicamento Parte D, incluida una excepción

Qué hacer

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que usted desea. Llame, escriba o envíenos un fax para hacer su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional recetador) puede hacer esto. Puede comunicarse con nosotros al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Usted o su médico (u otro recetador) u otra persona que actúe en su nombre puede solicitar una decisión de cobertura. Usted también puede buscar a un abogado que actúe en su nombre.
- Lea la Sección D en la página 159 a fin de averiguar cómo autorizar a otra persona para que actúe como su representante.
- Usted no necesita dar permiso por escrito a su médico u otro recetador para solicitarnos una decisión de cobertura en su nombre.

Guía rápida: Cómo solicitar una Decisión de Cobertura acerca de un medicamento o pago

Llame, escriba, envíenos un fax para solicitar, o pídale a su representante o médico u otro recetador que lo solicite. Le daremos una respuesta sobre una decisión de cobertura estándar dentro de las siguientes 72 horas. Le daremos una respuesta acerca de reembolsarle por un medicamento de la Parte D que ya pagó dentro de los siguientes 14 días naturales.

- Si usted solicita una excepción, incluya la declaración de apoyo del médico u otro recetador.
- Usted o su médico, u otro recetador pueden solicitar una decisión rápida. (Las decisiones rápidas por lo general se producen dentro de las siguientes 24 horas).
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léalo también para encontrar información acerca de los plazos de la decisión.

- Si desea solicitarnos un reintegro por un medicamento, lea el Capítulo 7, Sección A, de este manual. En el Capítulo 7, se describen las ocasiones en que es posible que deba solicitar un reembolso. También explica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo de un medicamento que haya pagado.
- Si solicita una excepción, envíe la "declaración de respaldo". Su médico o la persona que receta debe darnos las razones médicas para otorgar la excepción del medicamento. A esto lo llamamos la "declaración de apoyo".
- Su médico u otro recetador pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien pueden darnos la indicación por teléfono y luego enviar una declaración por fax o por correo.

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una "decisión de cobertura rápida".

Utilizaremos los "plazos estándares", a menos que hayamos acordado utilizar los "plazos rápidos".

- **Una decisión de cobertura estándar** significa que le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir la declaración de su médico.
- **Una decisión de cobertura rápida** significa que le daremos una respuesta dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico.

El término legal para "decisión de cobertura rápida" es **"determinación de cobertura acelerada"**.

Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo si solicita un medicamento que aún no haya recibido.** (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró).

Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo si, con la aplicación de los plazos estándares, tanto su salud como su capacidad de funcionar pueden resultar perjudicadas.**

Si su médico u otra persona que le receta nos informa que su estado de salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos tomar una decisión de cobertura rápida y se lo informaremos en una carta.

- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico u otro recetador), determinaremos si su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su afección médica no reúne los requisitos para una decisión de cobertura rápida, utilizaremos los plazos estándares.
  - Le enviaremos una carta avisándole. La carta le indicará cómo presentar una queja acerca de nuestra decisión de darle a usted una decisión estándar.
  - Puede presentar una "queja rápida" y obtener una decisión dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 202.

Plazos para una "decisión de cobertura rápida"

- Si estamos usando los plazos rápidos, debemos proporcionarle nuestra respuesta dentro de las siguientes 24 horas. Esto significa un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud. O, si usted solicita una excepción, 24 horas después de recibir la declaración de su doctor o recetador en la que apoye su solicitud. Le comunicaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente evaluará su solicitud.
- **Si la respuesta es Sí** a su solicitud, en parte o en su totalidad, le proporcionaremos la cobertura dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o declaración de su médico o recetador en la que se avale su solicitud.
- **Si la respuesta es No** a una parte o todo lo que usted solicitó, le enviaremos una carta donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es **No**. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar con respecto a un medicamento que usted todavía no ha recibido

- Si estamos usando las fechas límite estándar, debemos proporcionarle nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a recibir su solicitud. O, si usted solicita una excepción, 72 horas después de recibir la declaración de apoyo de su doctor o recetador. Le comunicaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente evaluará su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o todo lo que usted solicitó, aprobaremos o proporcionaremos la cobertura dentro de las 72 horas posteriores de haber recibido dicha solicitud o, si usted está solicitando una excepción, una declaración de apoyo de su médico o recetador.
- **Si la respuesta es No** a una parte o todo lo que usted solicitó, le enviaremos una carta donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es **No**. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

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 naturales después de haber recibido su solicitud.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente evaluará su solicitud.
- **Si la respuesta es Sí** a su solicitud, en parte o en su totalidad, le pagaremos dentro de los siguientes 14 días naturales.

- **Si la respuesta es No** a una parte o todo lo que usted solicitó, le enviaremos una carta donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es **No**. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos Parte D

- Para iniciar una apelación, usted, su médico u otro recetador deben comunicarse con nosotros. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo.
- Si usted solicita una apelación estándar, puede presentar su apelación enviando una solicitud por escrito. También puede solicitar una apelación llamándonos al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita.
- Si usted desea una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos.

Guía rápida:

Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Usted, su médico o recetador o su representante pueden poner su solicitud por escrito y por correo o enviárnosla por fax. Usted también puede solicitar una apelación si nos llama.

- Pregunte **dentro de los siguientes 60 días naturales** de la decisión que usted está apelando. Si deja pasar la fecha límite por una buena razón, usted todavía puede apelar.
- Usted, su médico o recetador o su representante pueden llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- ¡Lea esta sección del capítulo para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léalo también para encontrar información acerca de los plazos de la decisión.

- Haga su solicitud de apelación **en un plazo de 60 días naturales** desde la fecha que aparece en el aviso que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión. Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberlo cumplido, le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones por no haber cumplido la fecha límite, se pueden incluir los siguientes: usted tiene una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o le dimos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

- Usted tiene derecho a solicitar una copia de la información relacionada con su apelación. Para solicitar una copia, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita.

El término legal para una apelación al plan por una decisión sobre una cobertura de medicamentos Parte D es **"redeterminación"** del plan.

Si lo desea, usted y su médico u otro recetador pueden proporcionarnos más información para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una "apelación rápida"

- Si está apelando una decisión tomada por nuestro plan por un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otra persona que le recete deberán decidir si usted necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que aquellos para obtener una "decisión de cobertura rápida"; estos se detallan en la Sección F en la página 181.

El término legal para "apelación rápida" es "**redeterminación acelerada**".

Nuestro plan revisará su apelación y le dará nuestra decisión

- Volveremos a analizar toda la información acerca de su solicitud de cobertura. Verificamos si estábamos cumpliendo con todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud. Es probable que nos comuniquemos con usted o su médico u otro recetador para obtener más información. El revisor será una persona que no tomó la decisión de la cobertura original.

Plazos para una "apelación rápida"

- Si estamos usando los plazos rápidos, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación, o antes si su salud lo requiere.
- Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, le enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de Apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente evaluará su apelación.
- **Si la respuesta es Sí** para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le entregaremos la cobertura dentro de las 72 horas posteriores de haber recibido su apelación.
- **Si la respuesta es No** a una parte o todo lo que usted solicitó, le enviaremos una carta donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es **No**.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si está usando las fechas límite estándar, debemos darle una respuesta en un plazo de 7 días naturales después de haber recibido su apelación, o antes si su salud lo requiere, excepto si está solicitando que le reembolsemos por un medicamento que ya compró. Si está solicitando reembolso por un medicamento que ya compró, tenemos que darle una respuesta en un plazo de 14 días naturales después de haber recibido su apelación. Si usted cree que su salud así lo requiere, deberá solicitar una "apelación rápida".
- Si no le damos una respuesta sobre la decisión en 7 días naturales, o 14 días naturales si nos pidió un reembolso por un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud a Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente evaluará su apelación.
- **Si la respuesta es Sí** para una parte o la totalidad de lo que solicitó:
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos brindarle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más tarde de 7 días naturales después de recibir su apelación o 14 días naturales si pidió que le reembolsemos un medicamento que ya compró.
  - Si aprobamos una solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago en un plazo de 30 días naturales después de haber recibido la solicitud de apelación.
- **Si la respuesta es No** a una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es **No** y le informaremos cómo apelar nuestra decisión.

F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos Parte D

Si **rechazamos** su apelación, en la totalidad o en parte, usted decide luego si desea aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación. Si decide ir a una Apelación de Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) evaluará nuestra decisión.

Guía rápida:

Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si usted desea que la Entidad de revisión independiente evalúe su caso, su solicitud de apelación debe hacerse por escrito.

- Pregunte **dentro de los siguientes 60 días naturales** de la decisión que usted está apelando. Si deja pasar la fecha límite por una buena razón, usted todavía puede apelar.
- Usted, su médico u otro recetador, o su representante pueden solicitar la Apelación de Nivel 2.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léalo también para encontrar información acerca de los plazos de la decisión.

- Si desea que la IRE revise su caso, deberá presentar la solicitud de apelación por escrito. La carta que le enviemos acerca de nuestra decisión en la Apelación de nivel 1 le explicará cómo solicitar la Apelación de Nivel 2.
- Cuando haga una apelación a la IRE, le enviaremos el archivo de su caso. Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita.
- Tiene derecho a dar información adicional a la IRE para respaldar su apelación.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará a usted una carta explicando su decisión.

El término legal para una apelación a la IRE sobre un medicamento de la Parte D es **"reconsideración"**.

Plazos para "apelaciones rápidas" en el Nivel 2

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la IRE una "apelación rápida".

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Asegurado de Blue Cross Community MMAI al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Atendemos los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita.

- Si la IRE decide otorgarle una “apelación rápida”, deberá proporcionarle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- Si la IRE dice **Sí** a una parte o la totalidad de lo que usted pidió, autorizaremos o le proporcionaremos la cobertura de medicamentos dentro de las 24 horas posteriores de haber recibido la decisión.

Plazos para “apelaciones estándares” en el Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) deberá darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 dentro de los 7 días naturales posteriores a recibir su apelación, o 14 días naturales si pidió un reembolso por un medicamento que ya compró.
- Si la IRE dice **Sí** a una parte o la totalidad de lo que usted pidió, autorizaremos o le proporcionaremos la cobertura de medicamentos dentro de las 72 horas posteriores de haber recibido la decisión.
- Si la IRE aprueba una solicitud para que le otorguemos un reembolso por un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago dentro de los 30 días naturales posteriores a la recepción de la decisión.

¿Qué sucede si la Entidad de revisión independiente dice que No a su Apelación de Nivel 2?

No significa que la Entidad de revisión independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “mantener la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”.

Si usted decide ir al Nivel 3 del proceso de apelación, los medicamentos que solicitó tendrán que cumplir con un valor mínimo de dinero en dólares. Si el valor en dólares es inferior al mínimo, no podrá presentar más apelaciones. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, podrá solicitar una apelación de Nivel 3. La carta que usted reciba de la IRE le indicará la cantidad en dólares necesaria para continuar con el proceso de apelación.

G. Cómo solicitarnos que cubramos una internación por más tiempo en el hospital

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios de hospital cubiertos por nosotros necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su internación cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que reciba el alta. También lo ayudarán a coordinar el cuidado que usted pueda requerir después del alta médica.

- El día en que le dan de alta del hospital se llama “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le indicarán cuál es su fecha de alta médica.

Si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una internación más prolongada en el hospital. Esta sección le explica cómo debe hacer la solicitud.

G1. Aprender acerca de sus derechos de Medicare

Dentro de los dos días posteriores a su hospitalización, un trabajador social o una enfermera le dará un aviso denominado "Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos". Si no recibe este aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita. También puede llamar al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Lea este aviso cuidadosamente y formule preguntas si no lo comprende. En el "Mensaje Importante" se le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, incluidos los derechos que se enumeran a continuación:

- Obtener los servicios cubiertos por Medicare durante su internación en el hospital y después de esta. Usted tiene el derecho a conocer en qué consisten estos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
- Participar de las decisiones acerca de la duración de su estadía en el hospital.
- Saber a dónde notificar cualquier duda que tenga sobre la calidad de su cuidado hospitalario.
- Apelar, si cree que le están dando de alta en el hospital demasiado pronto.

Usted debe firmar el aviso de Medicare como acuse de su recibo y demostrar que comprende sus derechos. Firmar el aviso **no** significa que usted esté de acuerdo con la fecha de alta indicada por su médico o el personal del hospital.

Mantenga su copia del aviso firmado para que conserve la información en el mismo, si lo necesita.

- Para obtener una copia de este aviso por anticipado, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros llamando al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita. También puede llamar al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Esta llamada es gratuita.
- También puede consultar el aviso en línea en **www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices**.

- Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros o a Medicare a los números que aparecen arriba.

G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si usted desea que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados por más tiempo, debe solicitar una apelación. Una Organización de Mejoramiento de Calidad hará la revisión de la Apelación de Nivel 1 para saber si su fecha planificada de alta es médicamente apropiada para usted. En Illinois, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta BFCC-QIO.

Si quiere hacer una apelación para cambiar su fecha de alta médica, llame a Livanta BFCC-QIO al: **1-888-524-9900**.

¡Llame de inmediato!

Llame a la Organización de Mejoramiento de Calidad **antes** de salir del hospital y no después de la fecha planificada de alta médica. "Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos" tiene información acerca de cómo comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad.

- **Si llama antes de salir del hospital,** podrá permanecer allí después de su fecha programada de alta médica sin pagar la estadía mientras espera la decisión sobre su apelación de la Organización de Mejoramiento de Calidad.
- **Si usted no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, deberá pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta programada.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización de Mejoramiento de la Calidad en su estado al **1-888-524-9900** y pida una "revisión rápida".

Llame antes de que le den de alta y antes de su fecha planificada de alta de hospital.

- **Si no cumple con la fecha límite** para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad a los fines de presentar su apelación, podrá presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener más información, consulte la Sección G4 en la página 193.

Queremos asegurarnos de que usted comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita. También puede llamar a la Línea de Ayuda para Ancianos de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. El número de teléfono es **1-800-252-8966** (TTY: **1-888-206-1327**) La llamada y la ayuda son gratuitas.

¿Qué es una Organización de Mejoramiento de la Calidad?

Está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Reciben pagos de Medicare para analizar y ayudar a mejorar la calidad de la atención médica de los beneficiarios de Medicare.

Solicite una “revisión rápida”

Debe solicitar a la Organización de Mejoramiento de Calidad una “revisión rápida” de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que usted le está pidiendo a la organización que use los plazos rápidos para una apelación en lugar de utilizar los plazos estándares.

El término legal para una “revisión rápida” es **“revisión inmediata”**.

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores en la Organización de Mejoramiento de la Calidad pueden preguntarle a usted o a su representante, por qué considera usted que la cobertura debe continuar después de la fecha programada de alta médica. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- Los revisores examinarán su historia clínica, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su internación en el hospital.
- Para el mediodía del día después de que los revisores nos informen acerca de su apelación, usted recibirá una carta que le proporciona su fecha programada de alta médica. La carta explica las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado que usted sea dado de alta en esa fecha.

El término legal para esta explicación por escrito es "**Aviso detallado de alta**". Para obtener una muestra, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito. También puede llamar al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**). O bien. puede ver un modelo de aviso en línea en **www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/ HospitalDischargeAppealNotices**

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Asegurado de Blue Cross Community MMAI al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Atendemos los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita.

¿Qué sucede si la respuesta es Sí?

- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad **acepta** su apelación, seguiremos cubriendo sus servicios hospitalarios por el tiempo que estos sean médicamente necesarios.

¿Qué sucede si la respuesta es No?

- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad **rechaza** su apelación, su fecha de alta programada será la adecuada por razones médicas. Si esto ocurre, nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará el mediodía del día siguiente a recibir la respuesta de la Organización de Mejoramiento de Calidad.
- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad responde que **No** y usted decide quedarse en el hospital, deberá pagar por la continuación de su estadía en el hospital. El costo por la atención hospitalaria que tendrá que pagar comenzará al mediodía del día posterior a que la Organización de Mejoramiento de la Calidad le responda.
- Si la Organización de Mejoramiento de Calidad ha rechazado su apelación, y usted continúa internado en el hospital después de su fecha de alta programada, usted podrá presentar una Apelación de Nivel 2.

G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si la Organización de Mejoramiento de Calidad ha rechazado su apelación y usted continúa internado en el hospital después de la fecha de alta programada, podrá presentar una apelación de Nivel 2. Usted debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicitar otra revisión.

Solicite la revisión de nivel 2 **dentro de los 60 días naturales** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad **rechazó** su apelación de nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si usted permaneció en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de atención médica.

En Illinois, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta BFCC-QIO. Puede contactar a Livanta BFCC-QIO al: **1-888-524-9900**.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Dentro de los siguientes 14 días naturales de recibir su solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización de mejoramiento de la calidad tomarán una decisión.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización de Mejoramiento de la Calidad en su estado al **1-888-524-9900** y solicite otra revisión.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Tendremos que reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día posterior a la fecha de su primera decisión de la apelación. Debemos continuar proporcionando cobertura para 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.

¿Qué sucede si la rechazan?

Significa que la Organización de Mejoramiento de la Calidad está de acuerdo con la decisión de Nivel 1 y no la cambiará. La carta que usted reciba le informará cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de apelación.

Si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de su internación posterior a la fecha de alta programada.

G4. Qué sucede si no cumple con una fecha límite de la apelación

Si deja pasar los plazos de apelación, existe otra forma de presentar las Apelaciones de nivel 1 y nivel 2 que se denomina Apelaciones alternativas. Pero los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

Apelación Alternativa de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si usted no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad (que es dentro de 60 días o a más tardar en la fecha programada de alta médica, lo que ocurra primero), podrá apelar ante nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que aplica los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estancia en el hospital. Verificaremos si la decisión sobre su fecha de alta del hospital fue justa y si se cumplieron todas las reglas.
- Aplicaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar para comunicarle la respuesta a esta revisión. Esto significa que le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas posteriores a su solicitud de una “revisión rápida”.

Guía rápida:

Cómo presentar una Apelación alternativa de nivel 1

Llame a nuestro número de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros y solicite una “revisión rápida” de su fecha de alta del hospital.

Le comunicaremos nuestra decisión dentro de las siguientes 72 horas.

- **Si aceptamos su revisión rápida,** 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 médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por el cuidado que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura terminaría.
- **Si rechazamos su revisión rápida,** significa que su fecha de alta médica programada nos parece adecuada por razones médicas. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados termina el día en que decidimos que terminaría su cobertura.
  - Si permaneció internado en el hospital después de su fecha de alta programada, puede tener que pagar el costo total de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta programada.
- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas al momento de **rechazar** su apelación rápida, enviaremos su apelación a la "Entidad de Revisión Independiente". Cuando hacemos esto, significa que su caso se traslada automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

El término legal para una "revisión rápida" o "apelación rápida" es **"apelación acelerada"**.

Apelación Alternativa de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Enviaremos la información de su Apelación de Nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) dentro de las 24 horas posteriores a comunicarle nuestra decisión de Nivel 1. Usted podrá presentar una queja si cree que no estamos cumpliendo con esta fecha límite u otras fechas límites. En la Sección J de la página 202 se explica cómo presentar una queja.

Durante la Apelación de Nivel 2, la IRE evalúa la decisión que tomamos cuando **rechazamos** su "apelación rápida". Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión.

- La IRE hará una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores generalmente le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán detalladamente toda la información relacionada con su apelación de su alta del hospital.

Guía rápida:

Cómo presentar una Apelación alternativa de nivel 2

Usted no tiene que hacer nada. El plan automáticamente enviará su apelación a la Entidad de revisión independiente.

- Si la respuesta de la IRE es **Sí** en relación con su apelación, tendremos que reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención médica que usted haya recibido en el hospital desde la fecha de su alta programada. También debemos continuar nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Si la IRE dice que **No** a su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta programada del hospital era adecuada por razones médicas.
- El aviso que usted reciba de la IRE le informará cómo debe proceder si desea continuar con el proceso de revisión. Le informará los detalles sobre cómo continuar hacia el Nivel 3 de apelación, que es administrado por un juez.

H. Qué hacer si cree que su atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o servicios del centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) terminan demasiado pronto

Esta parte describe solamente los siguientes tipos de atención:

- Servicios de atención médica domiciliaria.
- Atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada
- Cuidado de rehabilitación que usted recibe como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés) aprobado por Medicare Normalmente, esto significa que usted recibe tratamiento por una enfermedad o un accidente o se está recuperando de una cirugía mayor.
  - Con cualquiera de estos tres tipos de cuidado, usted tiene el derecho a continuar recibiendo los servicios cubiertos durante el tiempo que el médico dice que usted los necesita.
  - Cuando tomamos una decisión de dejar de cubrir cualquiera de estos, debemos comunicárselo a usted antes de la terminación de sus servicios. Cuando su cobertura por esa atención finaliza, dejaremos de pagar por su atención.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

H1. Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura

Recibirá un aviso al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención. Esto se llama “Notificación de no cobertura de Medicare”. El aviso por escrito indica la fecha en la que interrumpiremos su cobertura y cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante debe firmar el aviso escrito para demostrar que la recibió. Firmarla **no** significa que usted está de acuerdo con el plan acerca de que es tiempo de dejar de recibir atención médica.

Cuando termine su cobertura, dejaremos de pagar.

H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención médica

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Antes de comenzar la apelación, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de que comprende y cumple con las fechas límites correspondientes a los trámites que debe realizar. También existen plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si usted cree que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límite, puede presentar una queja. En la Sección J de la página 202, se describe cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita. O bien, llame a la Línea de Ayuda para Ancianos al **1-800-252-8966** (TTY: **1-888-206-1327**), de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. La llamada y la ayuda son gratuitas.

Durante una Apelación de Nivel 1, una Organización de Mejoramiento de Calidad revisará su apelación y decidirá si se debe cambiar la decisión que tomamos. En Illinois, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta BFCC-QIO. Puede comunicarse con Livanta BFCC-QIO al **1-888-524-9900**. También encontrará información sobre la Organización de Mejoramiento de Calidad en la Notificación de no cobertura de Medicare. Este es el aviso que recibió cuando le informaron que dejaríamos de cubrir su atención.

¿Qué es una Organización de Mejoramiento de la Calidad?

Está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Reciben pagos de Medicare para analizar y ayudar a mejorar la calidad de la atención médica de los beneficiarios de Medicare.

¿Qué debe solicitar usted? Solicite una "apelación rápida". Se trata de una revisión independiente con el fin de verificar si es correcto desde el punto de vista médico que finalicemos la cobertura de sus servicios.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para solicitar al plan que continúe su atención médica

Llame a la Organización de Mejoramiento de la Calidad en su estado al **1-888-524-9900** y solicite una "apelación rápida".

Llame antes de salir de la agencia o centro que está proporcionándole atención médica y antes de su fecha programada de alta médica.

¿Cuál es su fecha límite para comunicarse con esta organización?

- Usted debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad a más tardar al mediodía del día después de que usted haya recibido un aviso escrito informándole cuándo finalizaremos la cobertura de su atención médica.
- Si usted no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad a los fines de presentar su apelación, podrá presentar la apelación directamente ante nosotros. A fin de obtener más detalles acerca de esta otra forma para presentar su apelación, consulte la Sección H4 en la página 199.

El término legal del aviso escrito es "Notificación de no cobertura de Medicare". Para obtener una copia de muestra, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-877-723-7702 (TTY: 711) 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 bien, puede ver un copia en línea en **www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices**

¿Qué sucede durante la revisión de la Organización de Mejoramiento de la Calidad?

- Los revisores en la Organización de Mejoramiento de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante, por qué consideran que debería continuar la cobertura por los servicios. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- Cuando solicita una apelación, el plan le debe enviar una carta a usted y a la Organización de Mejoramiento de la Calidad, donde explique por qué deben terminar sus servicios.
- Los revisores también analizarán su historia clínica, consultarán con su médico y evaluarán la información que nuestro plan les ha entregado.

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

- **En el plazo de un día entero, después de haber recibido toda la información necesaria, los revisores le comunicarán a usted su decisión.** Usted recibirá una carta explicando la decisión.

El término legal de la carta en la que se explican los motivos de finalización de sus servicios es "**explicación detallada de no cobertura**".

¿Qué sucede si los revisores aprueban su apelación?

- Si los revisores **aprueban** su apelación, debemos continuar suministrando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Qué sucede si los revisores dicen No?

- Si los revisores **rechazan** su apelación, su cobertura finalizará en la fecha indicada. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por esta atención.
- Si decide continuar recibiendo atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o atención en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) después de la fecha en que finaliza su cobertura, usted mismo deberá pagar el costo total de esta atención médica.

H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con su atención médica

Si la Organización de Mejoramiento de Calidad **rechaza** su apelación **y** usted decide continuar recibiendo cuidado después de la finalización de la cobertura de su cuidado, podrá presentar una Apelación de nivel 2.

Durante la Apelación de nivel 2, la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverá a analizar la decisión que tomó en el Nivel 1. Si dicen que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1, usted deberá pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada, o servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) prestados después de la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura.

En Illinois, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta BFCC-QIO. Puede comunicarse con Livanta BFCC-QIO al **1-888-524-9900**. Solicite la revisión de nivel 2 **dentro de los 60 días naturales** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad **rechazó** su apelación de nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo la atención médica después de la fecha en que terminó su cobertura por atención médica.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para exigir que el plan cubra su cuidado por más tiempo

Llame a la Organización de Mejoramiento de la Calidad en su estado al **1-888-524-9900** y solicite otra revisión.

Llame antes de salir de la agencia o centro que está proporcionándole atención médica y antes de su fecha programada de alta médica.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización de Mejoramiento de la Calidad tomará una decisión dentro de los siguientes 14 días naturales de recibir su solicitud de apelación.

¿Qué sucede si la organización revisora dice que Sí?

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención médica que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que terminaría su cobertura. Debemos continuar proporcionando cobertura de atención médica durante el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Qué sucede si la organización revisora dice que No?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron con respecto a la Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que usted reciba le informará por escrito cómo debe proceder si desea continuar con el proceso de revisión. El aviso le informará sobre los detalles de cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que será administrado por un juez.

H4. Qué sucede si usted no cumple con la fecha límite para hacer su Apelación de Nivel 1

Si deja pasar los plazos de apelación, existe otra forma de presentar las Apelaciones de nivel 1 y nivel 2 que se denomina Apelaciones alternativas. Pero los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

Apelación Alternativa de Nivel 1 para continuar recibiendo su cuidado por más tiempo

Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación y solicitar una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

Llame a nuestro número de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros y solicite una “revisión rápida”.

Le comunicaremos nuestra decisión dentro de las siguientes 72 horas.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o atención que recibe en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF). Verificaremos si la decisión sobre cuándo deben terminar sus servicios fue justa y si cumplió con todas las reglas.
- Aplicaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar para comunicarle la respuesta a esta revisión. Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de haber solicitado una “revisión rápida”.
- **Si decimos Sí** a su revisión rápida, significa que estamos de acuerdo en continuar cubriendo sus servicios durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por el cuidado que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura terminaría.
- **Si rechazamos** su revisión rápida, significa que detener sus servicios era médicamente apropiado. Nuestra cobertura finaliza a partir del día que indicamos que la cobertura terminaría.

Si continúa recibiendo servicios después del día que dijimos que terminarían, **usted podría tener que pagar el costo total** de los servicios.

Para asegurarnos de haber seguido todas las normas al momento de rechazar su apelación rápida, enviaremos su apelación a la "Entidad de Revisión Independiente". Cuando hacemos esto, significa que su caso se dirige automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

El término legal para una “revisión rápida” o “apelación rápida” es **“apelación acelerada”**.

Apelación Alternativa de Nivel 2 para continuar recibiendo su cuidado por más tiempo

Enviaremos la información de su Apelación de Nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) dentro de las 24 horas posteriores a comunicarle nuestra decisión de Nivel 1. Usted podrá presentar una queja si cree que no estamos cumpliendo con esta fecha límite u otras fechas límites. En la Sección J de la página 202 se explica cómo presentar una queja.

Durante la Apelación de Nivel 2, la IRE revisa la decisión que tomamos cuando decimos que **No** para llevar a cabo una "revisión rápida". Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

- La IRE hará una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores generalmente le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para solicitar que el plan continúe con su atención médica

Usted no tiene que hacer nada. El plan automáticamente enviará su apelación a la Entidad de revisión independiente.

- **Si la IRE dice que Sí** a su apelación, entonces le reembolsaremos nuestra parte de los costos de atención médica. También tendremos que continuar nuestra cobertura de sus servicios durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- **Si la IRE dice que No** a su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que interrumpir la cobertura de servicios es médicamente adecuado.

El aviso que usted reciba de la IRE le informará cómo debe proceder si desea continuar con el proceso de revisión. Le informará los detalles sobre cómo continuar hacia el Nivel 3 de apelación, que es administrado por un juez.

I. Llevar su apelación más allá del Nivel 2

I1. Próximos pasos que debe seguir para obtener artículos y servicios de Medicare

Si usted presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 para artículos o servicios de Medicare, y ambas apelaciones han sido rechazadas, usted tendrá el derecho a niveles adicionales de apelación. La carta que usted reciba de la Entidad de revisión independiente le dirá qué hacer si usted desea continuar con el proceso de apelación.

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia del Juez de Derecho Administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión en una apelación de Nivel 3 es un ALJ o un abogado mediador. Si usted desea que un ALJ o un abogado mediador revisen su caso, el artículo o servicio médico que usted está solicitando tiene que cumplir con una cantidad mínima de dinero en dólares. Si el valor dólar es inferior al nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, usted puede solicitar que un ALJ o un abogado mediador escuchen su apelación.

Si usted no está de acuerdo con la decisión del juez o del abogado mediador usted puede acudir al Consejo de Apelaciones de Medicare. Después de eso, usted tendrá el derecho de solicitar que un tribunal federal revise su apelación.

Si necesita ayuda en cualquier etapa del proceso de apelación, puede comunicarse con la Línea de Ayuda para Ancianos de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. El número de teléfono es **1-800-252-8966** (TTY: **1-888-206-1327**). La llamada y la ayuda son gratuitas.

I2. Próximos pasos que debe seguir para obtener artículos y servicios de Medicaid

Usted también tiene más derechos de apelación, si su apelación es acerca de artículos o servicios que podrían estar cubiertos por Medicaid.

Después de que haya concluido su Apelación del Nivel 2 en la oficina de Audiencias Imparciales Estatales, usted recibirá una decisión por escrito que se llama una “decisión final administrativa”. Esta decisión la toma el Director de la Agencia basado en las recomendaciones del funcionario de la audiencia imparcial. La oficina de audiencias le enviará a usted y a todos los interesados la decisión por escrito. Esta decisión se podrá revisar solo a través de los Tribunales de Circuito del Estado de Illinois. El tiempo que el tribunal permitirá para la presentación de dicha revisión puede ser de hasta 35 días después de la fecha de su decisión administrativa final.

J. Cómo presentar una queja

J1. ¿Qué tipos de problemas deben abarcar las quejas?

El procedimiento para quejas se utiliza para ciertos tipos de problemas únicamente, tales como problemas relacionados con la calidad del cuidado, tiempos de espera y Servicio de Atención al Cliente. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el procedimiento para quejas.

Quejas acerca de la calidad

- Usted no está satisfecho con la calidad de la atención médica, como por ejemplo, el cuidado que recibió en el hospital.

Quejas acerca de la privacidad

- Considera que una persona no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial.

Quejas sobre servicio al cliente deficiente

- Un proveedor de atención médica o miembro del personal fue grosero o irrespetuoso con usted.
- El personal de Blue Cross Community MMAI lo trató mal.
- Usted cree que está siendo presionado para salir del plan.

Guía rápida: Cómo presentar una queja

Puede presentar una queja interna con nuestro plan o una queja externa con una organización que no esté vinculada a nuestro plan.

Para presentar una queja interna, llame al Departamento de Servicios para Miembros o envíenos una carta.

Existen diferentes organizaciones que manejan las quejas externas. Para obtener más información, lea la Sección J3 en la página 205.

Quejas sobre la accesibilidad

- Usted no puede acceder físicamente a las instalaciones y los servicios de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor.
- Su proveedor no le brinda una adaptación razonable que usted necesita como un intérprete de Lenguaje de señas estadounidense.

Quejas sobre los tiempos de espera

- Usted tiene problemas para concertar una cita, o ha tenido que esperar demasiado para conseguirla.
- Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud o el Departamento de Servicios para Miembros u otros miembros del personal del plan lo han tenido esperando demasiado tiempo.

Quejas sobre la limpieza

- Usted cree que la clínica, hospital o consultorio del médico no están limpios.

Quejas sobre el acceso al idioma

- Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete durante su cita.

Quejas sobre las comunicaciones de nuestra parte

- Usted cree que no le dimos a usted un aviso o una carta que usted debió haber recibido.
- Usted cree que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de entender.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Asegurado de Blue Cross Community MMAI al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Atendemos los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita.

Quejas sobre la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura o apelaciones

- Usted cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder su apelación.
- Cree que, después de recibir una decisión de cobertura o apelación a su favor, no estamos cumpliendo con las fechas límite para aprobar o proporcionarle el servicio o reembolsarle por ciertos servicios médicos.
- Usted considera que no remitimos su caso a tiempo a la Entidad de revisión independiente.

El término legal de "queja" es "**reclamo**".

El término legal para "hacer una queja" es "**presentar un reclamo**".

¿Existen diferentes tipos de quejas?

- **Sí.** Puede realizar una queja interna o una queja externa. Una queja interna se presenta a nuestro plan y este la revisa. Una queja externa se presenta a una organización que no está afiliada con nuestro plan y es revisada por esta. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede comunicarse con la Línea de Ayuda para Ancianos al **1-800-252-8966** (TTY: **1-888-206-1327**), de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. La llamada y la ayuda son gratuitas.

J2. Quejas internas

- Para presentar una queja interna, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita. Puede presentar una queja en cualquier momento a menos que sea acerca de un medicamento de la Parte D. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D, debe presentarla **dentro de los 60 días naturales** después de haber tenido el problema sobre el que quiere presentar una queja.
- Si hay algo más que usted necesite hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo informará.
- También puede presentar su queja por escrito y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, se la responderemos por escrito.

- Si nos envía la queja por escrito, incluya la fecha y el lugar en que ocurrió el incidente, los nombres de las personas implicadas y los detalles de lo sucedido. Asegúrese de incluir su nombre y número de ID de miembro.

El término legal para "queja rápida" es "**queja acelerada**".

Si es posible, le daremos una respuesta inmediatamente. Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante el mismo llamado. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, se la daremos.

- Respondemos la mayoría de las quejas dentro de 30 días naturales. Si necesitamos más información y la demora es en beneficio suyo, o si usted pide una extensión de tiempo, podemos tardar hasta 14 días naturales más (44 días naturales en total) para responder su queja. Le informaremos por escrito por qué necesitamos más tiempo.
- Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o "apelación rápida", automáticamente le daremos una "queja rápida" y responderemos a su queja en un plazo de 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos más tiempo para resolver una decisión de cobertura rápida o apelación rápida, automáticamente le daremos una "queja rápida" y responderemos a su queja en un plazo de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con alguna parte o la totalidad de su queja, le informaremos y le daremos nuestras razones. Le responderemos si estamos de acuerdo o no con la queja.

J3. Quejas externas

Usted puede informar a Medicare acerca de su queja

Puede enviar su queja a Medicare. El Formulario de Quejas de Medicare se encuentra disponible en el siguiente sitio: **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**.

Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si usted tiene algún otro comentario o inquietud, o si siente que el plan no se está ocupando de su problema, llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-486-2048**. Esta llamada es gratuita.

Puede informarle al Departamento de Atención Médica y Servicios para Familias de Illinois acerca de su queja

Para presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica y Servicios para Familias de Illinois, envíe un correo electrónico a **Aging.HCOProgram@illinois.gov**.

Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles

Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si le parece que no se lo trató justamente. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre acceso por discapacidad o asistencia con el idioma El número de teléfono para la Oficina de Derechos Civiles es **1-800-368-1019**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-537-7697**. También puede visitar **www.hhs.gov/ocr** para obtener más información.

También puede contactar a la Oficina de Derechos Civiles local al:

Office for Civil Rights
U.S. Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos
233 N. Michigan Ave., Suite 240
Chicago, IL 60601
Teléfono de voz **(800) 368-1019**
FAX **(202) 619-3818**
TDD **(800) 537-7697**

También puede tener derechos bajo la Ley para Estadounidenses con Discapacidades y bajo la Ley de Derechos Humanos de Illinois. Puede llamar a la Línea de Ayuda para Ancianos de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. El número de teléfono es **1-800-252-8966**, TTY: **1-888-206-1327**. La llamada y la ayuda son gratuitas.

Puede presentar una queja en la Organización de Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja se relaciona con la calidad del cuidado, usted también tiene dos opciones:

- Si usted lo prefiere, puede presentar su queja acerca de la calidad del cuidado directamente ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad (sin presentar la queja ante nosotros).
- O usted puede presentar su queja ante nosotros **y** ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad. Si usted presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolverla.

La Organización de Mejoramiento de la 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 el cuidado que se proporciona a los pacientes de Medicare. Para obtener más información acerca de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, consulte el Capítulo 2, Sección F.

En Illinois, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta BFCC-QIO. El número de teléfono para Livanta BFCC-QIO es **1-888-524-9900**.

Capítulo 10: Cómo terminar su membresía en nuestro Medicare-Medicaid Plan

Introducción

En este capítulo, se indican las maneras en que puede terminar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura médica después de dejar el plan. Si se retira de nuestro plan, seguirá estando en los programas de Medicare y Medicaid, siempre que siga siendo elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Tabla de contenidos

A. Cuándo puede terminar su membresía en nuestro Medicare-Medicaid Plan 208

B. Cómo terminar su membresía en nuestro plan 209

C. Cómo cambiar a un Medicare-Medicaid Plan diferente 209

D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid por separado 209

D1. Formas de obtener sus servicios Medicare 209

D2. Cómo obtener sus servicios Medicaid 211

E. Siga obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través del plan hasta que su membresía haya acabado 212

F. Otras situaciones cuando acaba su membresía 212

G. Reglas en caso de que se le solicite abandonar nuestro plan debido a algún motivo relacionado con la salud 213

H. Su derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan 213

I. Cómo puede obtener más información sobre cómo terminar su membresía en el plan 213

A. Cuándo puede terminar su membresía en nuestro Medicare-Medicaid Plan

Puede solicitar la terminación de su membresía en el plan Blue Cross Community MMAI Medicare-Medicaid en cualquier momento durante el año inscribiéndose en otro plan Medicare Advantage, inscribiéndose en otro Medicare-Medicaid Plan o cambiándose a Original Medicare.

Si quiere volver a recibir sus servicios de Medicare y Medicaid por separado:

- Su membresía terminará el último día del mes que los Servicios de inscripción de clientes de Illinois o Medicare reciben su solicitud para cambiar el plan. La cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si los Servicios de Inscripción al Cliente de Illinois o Medicare reciben su solicitud el 18 de enero, su cobertura nueva comenzará el 1.º de febrero.

Si quiere cambiarse a un Medicare-Medicaid Plan diferente:

- Si solicitó cambiar de planes antes del día 18 del mes, su membresía terminará el último día de ese mismo mes. La cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si los Servicios de Inscripción al Cliente de Illinois recibieron su solicitud el 6 de agosto, su cobertura en el nuevo plan comenzará el 1.º de septiembre.
- Si usted solicita cambiar de planes después del día 18 del mes, su membresía terminará el último día del mes siguiente. Su cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente a ése. Por ejemplo, si los Servicios de Inscripción al Cliente de Illinois recibieron su solicitud el 24 de agosto, su cobertura en el nuevo plan comenzará el 1.º de octubre.

Si se va de nuestro plan, puede obtener información acerca de:

- Las opciones Medicare en la tabla de la página 209.
- Los servicios de Medicaid en la página 211.

Puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía llamando a:

- Llame a Servicios de Inscripción al Cliente de Illinois al **1-877-912-8880**, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-866-565-8576**.
- Programa de Seguro de Salud de Personas Mayores (SHIP) al 1-800-252-8966 de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-206-1327**.
- Medicare al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

NOTA: Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el Capítulo 5 para obtener información acerca de programas de manejo de medicamentos.

B. Cómo terminar su membresía en nuestro plan

Si decide terminar su membresía, informe a Medicaid o Medicare que quiere abandonar Blue Cross Community MMAI:

- Llame a Servicios de Inscripción al Cliente de Illinois al **1-877-912-8880** de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-866-565-8576**, **O BIEN**
- Llame a Medicare al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas con dificultades auditivas o del habla) deben llamar al **1-877-486-2048**. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también podrá inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. En la tabla de la página 209 hay más información sobre cómo obtener sus servicios Medicare cuando abandone nuestro plan.

C. Cómo cambiar a un Medicare-Medicaid Plan diferente

Si desea seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Medicaid juntos en un solo plan, usted puede inscribirse a otro Medicare-Medicaid Plan.

Para inscribirse en otro Medicare-Medicaid Plan:

- Llame a Servicios de Inscripción al Cliente de Illinois al **1-877-912-8880** de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-866-565-8576**. Dígales que desea abandonar Blue Cross Community MMAI e inscribirse en un Medicare-Medicaid Plan diferente. Si no sabe en qué plan desea inscribirse, ellos le pueden informar sobre otros planes disponibles en el área.
- Si los Servicios de Inscripción al Cliente de Illinois reciben su solicitud antes del día 18 del mes, su cobertura con Blue Cross Community MMAI terminará el último día de ese mismo mes. Si los Servicios de Inscripción al Cliente de Illinois reciben su solicitud después del día 18 del mes, su cobertura con Blue Cross Community MMAI terminará el último día del mes siguiente. Consulte la Sección A anterior para obtener más información sobre cuándo puede terminar su membresía.

D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid por separado

Si no desea inscribirse en otro plan Medicare-Medicaid después de cancelar su inscripción en Blue Cross Community MMAI, volverá a recibir sus servicios de Medicare y Medicaid por separado.

D1. Formas de obtener sus servicios Medicare

Usted podrá decidir cómo recibir sus beneficios de Medicare.

Usted tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare. Al seleccionar una de estas opciones, automáticamente terminará su membresía en nuestro plan.

Usted puede cambiarse al siguiente plan:	Esto es lo que tiene que hacer:
Un plan de salud de Medicare (por ejemplo un Plan Medicare Advantage o un Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido [PACE])	Llame a Medicare al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Seguro de Salud de Personas Mayores (SHIP) al **1-800-252-8966**, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-206-1327**. La llamada y la ayuda son gratuitas. Su inscripción en Blue Cross Community MMAI se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan. Su inscripción en Blue Cross Community MMAI se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.
Original Medicare con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado	Llame a Medicare al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Seguro de Salud de Personas Mayores (SHIP) al **1-800-252-8966**, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-206-1327**. La llamada y la ayuda son gratuitas. Su inscripción en Blue Cross Community MMAI se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Original Medicare.

Usted puede cambiarse al siguiente plan:	Esto es lo que tiene que hacer:
Original Medicare sin un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare por separado **NOTA:** Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted le diga a Medicare que no se quiere inscribir. Usted solo debe abandonar la cobertura de medicamentos recetados si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Seguro de Salud de Personas Mayores (SHIP) al **1-800-252-8966**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-206-1327**.	Llame a Medicare al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Seguro de Salud de Personas Mayores (SHIP) al **1-800-252-8966**, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-206-1327**. La llamada y la ayuda son gratuitas. Su inscripción en Blue Cross Community MMAI se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Original Medicare.

D2. Cómo obtener sus servicios Medicaid

Si abandona el Medicare-Medicaid Plan, obtendrá sus servicios de Medicaid ya sea a través del pago por servicio o se le exigirá que se inscriba en el Programa de Servicios y Apoyos a Largo Plazo Administrados (MLTSS) de HealthChoice Illinois para obtener sus servicios de Medicaid.

Si no está internado en un centro de enfermería especializada ni está inscrito en un programa de Exención de Servicios en el Hogar y la Comunidad (HCBS), continuará recibiendo sus servicios de Medicaid a través de pago por servicio. Puede acudir a cualquier proveedor que acepte Medicaid y pacientes nuevos.

Si está en una institución de atención para ancianos o está inscrito en un programa de exención HCBS, puede necesitar inscribirse en el programa MLTSS de HealthChoice Illinois para obtener sus servicios Medicaid.

Para elegir un plan de salud MLTSS de HealthChoice Illinois, puede llamar a Servicios de Inscripción al Cliente de Illinois al **1-877-912-8880**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-866-565-8576**. Dígales que desea abandonar Blue Cross Community MMAI e inscribirse en un plan MLTSS de HealthChoice Illinois.

Si no elige un plan de salud de servicios y apoyos a largo plazo manejado (MLTSS) por HealthChoice Illinois, se le asignará al plan de salud MLTSS de HealthChoice de Illinois de nuestra compañía.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Asegurado de Blue Cross Community MMAI al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Atendemos los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita.

Después de que se inscriba en un plan de salud MLTSS de HealthChoice Illinois, tendrá 90 días para cambiarse a otro plan de salud MLTSS de HealthChoice Illinois.

Recibirá una tarjeta de identificación del miembro nueva, un *Manual del Miembro* nuevo e información acerca de cómo acceder al *Directorio de proveedores y farmacias* de su plan de salud MLTSS de HealthChoice Illinois.

E. Siga obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través del plan hasta que su membresía haya acabado

Si abandona Blue Cross Community MMAI, podría pasar algún tiempo antes de que termine su membresía y comience su cobertura nueva de Medicare y Medicaid. Consulte la página 208 para obtener más información. Durante este período, seguirá recibiendo atención médica y medicamentos a través de nuestro plan.

- Acuda a nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.
- Acuda a nuestras farmacias de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo, para abastecer sus recetas.
- Si usted es hospitalizado el día en que finaliza su membresía en Blue Cross Community MMAI, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que le den el alta. Esto sucederá incluso si su nueva cobertura médica comienza antes de que le den de alta.

F. Otras situaciones cuando acaba su membresía

Estos son los casos en los que Blue Cross Community MMAI deberá terminar su membresía en el plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de Medicare Parte A y Parte B.
- Si ya no puede recibir los beneficios del programa para Medicaid. Nuestro plan es para personas que pueden recibir los beneficios del programa para ambos, Medicare y Medicaid.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se muda fuera del área de servicio por un período mayor a seis meses.
  - Si se muda o realiza un viaje largo, usted tiene que llamar al Departamento de Servicios para Miembros a fin de averiguar si el lugar adonde se muda o viaja está dentro del área de servicio de nuestro plan.
- Si le encarcelan.
- Si miente o retiene información sobre un plan médico adicional que usted tenga para medicamentos recetados.
- Si no es un ciudadano de los Estados Unidos o no está presente de manera legal en los Estados Unidos.

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

  - Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente de manera legal en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
  - En función de eso, los Centros de servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si usted no es elegible para permanecer como miembro.
  - Tendremos que cancelar la inscripción si no cumple con los requisitos.

Podremos hacer que abandone nuestro plan por los siguientes motivos, solamente si primero recibimos permiso de Medicare y Medicaid:

- Si intencionalmente nos da información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si se comporta continuamente de manera inapropiada y nos dificulta la provisión de atención médica a usted y a otros miembros del plan.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de identificación del miembro para obtener atención médica.
  - Si terminamos su membresía por este motivo, Medicare podría pedir que el inspector general investigue el caso.

G. Reglas en caso de que se le solicite abandonar nuestro plan debido a algún motivo relacionado con la salud

Si usted considera que se le está solicitando abandonar nuestro plan por una razón relacionada con su salud, usted debe llamar a Medicare al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**). Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Siempre debe llamar a la línea directa de Beneficios de Salud del Departamento de Atención Médica y Servicios para Familias de Illinois al **1-800-226-0768** de 8:00 a. m. a 4:30 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-204-1012**.

H. Su derecho a presentar una queja si terminamos su 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. También puede consultar el Capítulo 9, Sección C, para obtener más información sobre cómo presentar una queja.

I. Cómo puede obtener más información sobre cómo terminar su membresía en el plan

Si tiene alguna pregunta o si quiere más información sobre cuándo podemos terminar su membresía, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto

de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita.

Capítulo 11: **Avisos legales**

Introducción

En este capítulo se incluyen las notificaciones legales que aplican a su membresía en Blue Cross Community MMAI. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Tabla de contenidos

A. Aviso sobre las leyes 216

B. Aviso de no discriminación 216

C. Aviso sobre Blue Cross Community MMAI como pagador secundario 216

C1. El derecho de subrogación de Blue Cross Community MMAI 216

C2. Derecho de reembolso de Blue Cross Community MMAI 217

C3. Sus responsabilidades 217

D. Confidencialidad del paciente y aviso de las normas de privacidad 217

A. Aviso sobre las leyes

Hay muchas leyes que se aplican a este *Manual del Miembro*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen ni se explican en este manual. Las leyes principales que se aplican a este manual son leyes federales sobre los programas Medicare y Medicaid. Es posible que también se apliquen otras leyes federales y estatales.

B. Aviso de no discriminación

Toda compañía o agencia que trabaje con Medicare y Medicaid debe cumplir con las leyes que lo protegen contra actos de discriminación y trato injusto. No lo discriminaremos ni trataremos de manera diferente a causa de su edad, experiencia de quejas, color, etnia, prueba de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica en el área de servicio, estado de salud, antecedentes médicos, discapacidad mental o física, nacionalidad, raza, religión ni sexo.

Si tiene inquietudes o desea obtener más información sobre la discriminación o el trato injusto:

- Llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos para Derechos Civiles al **1-800-368-1019**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-800-537-7697**. También puede visitar **www.hhs.gov/ocr** para obtener más información.
- Comuníquese con la Oficina local de Derechos Civiles al **1-800-368-1019** (TDD: **1-800-537-7697**)

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios de atención médica o a un proveedor, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Si tiene alguna queja, por ejemplo, por un problema de acceso en silla de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo.

C. Aviso sobre Blue Cross Community MMAI como pagador secundario

A veces alguna otra persona tiene que pagar primero por los servicios que le proporcionamos a usted. Por ejemplo, si usted tiene un accidente de automóvil o se lesiona en el trabajo, el seguro o la indemnización al trabajador tiene que pagar primero.

Blue Cross Community MMAI tiene el derecho y la responsabilidad de cobrar el pago por los servicios cubiertos cuando otra persona o entidad tenga que pagar primero.

C1. El derecho de subrogación de Blue Cross Community MMAI

La subrogación es el proceso por el que Blue Cross Community MMAI obtiene la devolución del costo total o parcial de su atención médica de otra compañía aseguradora. Estos son ejemplos de otros seguros:

- El seguro de su vehículo de motor o el seguro de propiedad de su casa.
- El seguro de su vehículo de motor o el seguro de propiedad de una casa de una persona que le haya causado una enfermedad o lesión.

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

- Indemnización al trabajador.

Si una compañía de seguros que no sea Blue Cross Community MMAI debe pagar los servicios relacionados con una enfermedad o lesión, Blue Cross Community MMAI tiene derecho a pedir que esa aseguradora nos pague a nosotros. A menos que la ley exija otra cosa, la cobertura de Blue Cross Community MMAI bajo esta póliza será secundaria cuando un plan médico adicional, incluido otro plan de seguro, le proporcione a usted cobertura de servicios de atención médica.

C2. Derecho de reembolso de Blue Cross Community MMAI

Si usted obtiene dinero por algún litigio o acuerdo judicial por una enfermedad o lesión, Blue Cross Community MMAI tiene derecho a pedirle que reintegre el costo de los servicios cubiertos que nosotros pagamos. No podemos hacer que usted nos pague más de la suma de dinero que recibió de la demanda o el acuerdo.

C3. Sus responsabilidades

Como miembro de Blue Cross Community MMAI, acepta realizar lo siguiente:

- Avisarnos de cualquier situación que pueda afectar los derechos de subrogación o reembolso de Blue Cross Community MMAI.
- Cooperar con Blue Cross Community MMAI cuando solicitemos información y asistencia en la coordinación de beneficios, subrogación o reembolso.
- Firmar documentos para ayudar a Blue Cross Community MMAI con sus derechos de subrogación y reembolso.
- Autorizar a Blue Cross Community MMAI para que investigue, solicite y revele la información necesaria para efectuar tareas de coordinación de beneficios, subrogación y reembolso en el grado que lo permitan las leyes.
- Pagar a Blue Cross Community MMAI las sumas recuperadas a través de un litigio, acuerdo o por otro medio relacionado con cualquier tercero o su compañía aseguradora al grado de los beneficios proporcionados bajo la cobertura, hasta el valor de dichos beneficios.

Si usted no está dispuesto a ayudarnos, es posible que tenga que reintegrarnos nuestros costos, incluidos los honorarios razonables de abogados, para hacer valer nuestros derechos bajo este plan.

D. Confidencialidad del paciente y aviso de las normas de privacidad

Nos aseguraremos de que toda la información, registros, datos y elementos de datos relacionados con usted, utilizados por nuestra organización, empleados, subcontratistas y asociados comerciales, se protegerán contra la divulgación no autorizada, en conformidad con 305 ILCS 5/11-9, 11-10 y 11-12; 42 USC 654(26); 42 CFR Parte 431, Subsección F; y 45 CFR Parte 160 y 45 CFR Parte164, Subsecciones A y E.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Asegurado de Blue Cross Community MMAI al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Atendemos los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita.

Estamos obligados por ley a darle un aviso que describa la forma en que se puede usar y divulgar su información médica, y la forma en que puede obtener esta información. Por favor, lea cuidadosamente esta Notificación de prácticas de privacidad. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-877-723-7702** (TTY: **711**). Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.,

hora del centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. Esta llamada es gratuita.

Para obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad, llame al Departamento de Servicios para Miembros o visite el sitio web disponible en **bcbsil.com/mmai**.

Capítulo 12: **Definiciones de términos importantes**

Introducción

Este capítulo incluye términos clave usados en el *Manual del Miembro* con sus definiciones. Los términos aparecen en orden alfabético. Si no encuentra algún término que está buscando o si necesita más información de la que incluye la definición, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Actividades de la vida diaria: Lo que hace la gente en un día normal, como por ejemplo, comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Ayuda pagada pendiente: Puede seguir recibiendo sus beneficios mientras esté esperando una decisión sobre una apelación o una audiencia imparcial. Esta cobertura continua se llama "ayuda pagada pendiente".

Centro de cirugía ambulatoria: Un centro que proporciona cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan cuidado en el hospital y que no anticipan necesitar más de 24 horas de atención médica.

Apelación: Una manera de cuestionar nuestra acción si usted cree que hemos cometido un error. Usted puede presentar una apelación para pedirnos cambiar una decisión de cobertura. En el Capítulo 9, se explican las apelaciones, y cómo presentarlas.

Medicamentos de marca registrada: Un medicamento recetado que lo fabrica y lo vende la compañía que creó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos principios activos que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos están hechos por otras compañías farmacéuticas.

Coordinador de cuidados: La persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de cuidado, para asegurarse de que usted obtenga el cuidado que necesita.

Plan de cuidado: Un plan preparado por usted y su coordinador de cuidados, que describe las necesidades médicas, de salud conductual, sociales y funcionales que usted tiene, e identifica metas y servicios para atender esas necesidades.

Equipo de cuidado: Un equipo de cuidados, encabezado por un coordinador de cuidados, que puede incluir médicos, enfermeras, consejeros y otros profesionales que están ahí para ayudarle a formar un plan de cuidados y asegurarse de que usted obtenga el cuidado que necesita.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés): es la agencia federal a cargo de la administración de Medicare. En el Capítulo 2, se explica cómo puede comunicarse con los CMS.

Queja: Una declaración escrita o verbal que afirma que usted tiene un problema o inquietud sobre su cuidado o servicios cubiertos. Esto incluye cualquier duda sobre la calidad de su cuidado, los proveedores de nuestra red o las farmacias de nuestra red. "Hacer una queja" se conoce formalmente como "presentar un reclamo".

Centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF, en inglés) Un centro que ofrece principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación importante. Ofrece una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla-lenguaje y servicios de evaluación del entorno doméstico.

Decisión de cobertura: Una decisión sobre cuáles beneficios cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre servicios y medicamentos cubiertos o el monto que pagaremos por sus servicios de salud. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: Término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: El término general que usamos cuando hablamos de toda la atención de salud servicios y apoyos a largo plazo, suministros, medicamentos recetados y de venta libre, equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Capacitación en competencia cultural: Capacitación que proporciona instrucción adicional para nuestros proveedores de atención médica que los ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar servicios y cumplir con sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

Cancelación: El proceso de terminar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (porque usted lo decide) o involuntaria (sin que usted lo decida).

Niveles de los medicamentos: Las categorías son grupos de medicamentos en la misma Lista de Medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca, de venta libre (OTC) son ejemplos de categorías de medicamentos. Cada medicamento de la Lista de medicamentos está en uno de tres niveles.

Equipo médico duradero (DME, en inglés): Algunos artículos ordenados por un proveedor para su uso en su propio hogar. Algunos ejemplos de estos elementos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión IV, dispositivos de asistencia para el habla, equipo y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Emergencia: Una afección médica que una persona común y corriente con un conocimiento promedio de salud y medicina, encontraría que es tan grave que si no se recibe atención médica inmediata podría conducir a la muerte, una disfunción grave de un órgano o parte del cuerpo, o daños en la función de una parte del cuerpo, o en el caso de una mujer embarazada, poner en grave riesgo la salud física o mental de ella o de su bebé nonato. Algunos de los síntomas de una emergencia incluyen dolor intenso, dificultad para respirar o sangrado sin control.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos necesarios para tratar una emergencia médica, prestados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia.

Excepción: Permiso para obtener cobertura para un medicamento que por lo general no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Ayuda Adicional: Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir sus costos de medicamentos con receta de Medicare Parte D, como primas, deducibles y copagos. A este programa de ayuda adicional también se lo conoce como "Subsidio por bajos ingresos" o "LIS".

Audiencia imparcial: Una oportunidad para que usted describa su problema en un tribunal y demuestre que una decisión que tomamos no es correcta.

Medicamento genérico: Un medicamento recetado aprobado por el gobierno federal para usarse en lugar de un medicamento de marca registrada. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca registrada. Por lo general es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca registrada.

Reclamo: Una queja que usted hace acerca de nosotros o acerca de alguno de los proveedores o farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su atención médica.

Plan de salud: Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de cuidados para ayudarle a administrar sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en forma conjunta para proporcionar la atención que usted necesita.

Evaluación de salud: Una revisión del historial clínico de un miembro y su condición actual. Se usa para conocer la salud del paciente y los cambios que podría experimentar en el futuro.

Asistente de auxiliar de atención médica domiciliaria: Una persona provee servicios que no requieren las destrezas de un enfermero o terapeuta autorizado, como asistencia de cuidados personales (como, por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados). Los asistentes de atención médica domiciliaria no tienen licencia de enfermería ni proporcionan tratamiento.

Centro de cuidado paliativo: Un programa de atención y apoyo para ayudar a personas que tienen un pronóstico terminal para mejorar su calidad de vida. Un pronóstico terminal significa que una persona tiene una enfermedad terminal y que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos.

- Un afiliado que tenga un pronóstico terminal tiene el derecho de elegir cuidados paliativos.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitado brinda cuidado para la persona en su totalidad, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Blue Cross Community MMAI debe proporcionarle una lista de proveedores de cuidados paliativos disponibles en su área.

Facturación inapropiada o inadecuada: Situación en la que un proveedor (como un hospital o un médico) le factura por servicios una cantidad mayor que el costo compartido del plan. Muestre su tarjeta de identificación del miembro de Blue Cross Community MMAI cuando obtenga cualquier servicio o prescripción. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no entienda.

Puesto que Blue Cross Community MMAI paga todo el costo de sus servicios, usted no debe ningún costo compartido. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Paciente internado: Un término utilizado cuando usted ha sido ingresado formalmente en el hospital, para recibir servicios médicos especializados. Si usted no fue internado formalmente, podría ser considerado aún como paciente ambulatorio y no como paciente internado, aunque pase la noche en el hospital.

Lista de Medicamentos Cubiertos **(Lista de Medicamentos):** Una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan. El plan elige los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos le dice si hay reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos. La Lista de medicamentos a veces se llama "formulario".

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, en inglés): Los apoyos y servicios a largo plazo incluyen atención a largo plazo y servicios de exención basados en el hogar y la comunidad (HCBS, en inglés). Los programas de exención de HCBS pueden ofrecer servicios que lo ayudarán a permanecer en su hogar y en la comunidad.

Subsidio por bajos ingresos (LIS, en inglés): Consulte "Ayuda Adicional".

Medicaid (o Asistencia Médica): Un programa operado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por servicios y apoyos a largo plazo y costos médicos.

- Cubre servicios y medicamentos adicionales que no tienen cobertura por Medicare.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica se encuentran cubiertos si usted reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.
- Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Médicamente necesario: Esto describe los servicios necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que eviten que usted ingrese a un hospital o a una residencia para ancianos. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de prácticas médicas o, de otro modo, son necesarios según las reglas de cobertura actuales de Medicare o Medicaid de Illinois.

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). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica Medicare a través de Original Medicare o un plan de atención médica administrada (consulte el "Plan de salud").

Medicare Advantage Plan: Un plan Medicare, también conocido como "Medicare Parte C" o "Planes MA", que ofrece planes a través de compañías privadas. Medicare paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

Servicio incluidos de Medicare: Servicios cubiertos por Medicare Parte A y B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A y B.

Individuo con doble elegibilidad: Una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y de Medicaid. A un afiliado Medicare-Medicaid también se lo llama "individuo con doble elegibilidad".

Medicare Parte A: El programa de Medicare que cubre la mayor parte de la atención médicamente necesaria en el hospital, centro de enfermería especializada, atención médica domiciliaria y centro de cuidados paliativos.

Medicare Parte B: El programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y consultas médicas) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. Medicare Parte B también cubre muchos servicios preventivos y exámenes de detección.

Medicare Parte C: El programa de Medicare que permite a las compañías de seguro médico privadas dar beneficios de Medicare a través de un plan de salud llamado Medicare Advantage.

Medicare Parte D: El programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Llamamos a este programa "Parte D" para abreviar). La Parte D cubre medicamentos recetados, vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no tienen cobertura de Medicare Parte A o Parte B, ni de Medicaid. Blue Cross Community MMAI incluye Medicare Parte D.

Medicamentos de Medicare Parte D: Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la parte D. Medicaid puede cubrir algunos de esos medicamentos.

Miembro (Miembro de nuestro plan o miembro del plan): Beneficiario de Medicare y Medicaid 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) así como el estado.

***Manual del Miembro* y Divulgación de información:** Este documento, junto con su formulario de inscripción y todos los anexos o cláusulas que explican su cobertura, nuestras responsabilidades, sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Servicio para Miembros: Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros.

Farmacias de la red: Una farmacia (droguería) que ha aceptado surtir recetas médicas a miembros de nuestro plan. Las llamamos "farmacias de la red" porque han aceptado trabajar con nuestro plan. 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 que usamos para médicos, enfermeros y otras personas que brindan servicios y atención médica. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica domiciliaria, clínicas y otros lugares que le dan a usted servicios de atención médica, equipo médico, así como servicios y apoyos a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y del estado para proporcionar servicios de atención médica.
- Los llamamos "proveedores de la red" cuando aceptan trabajar con el plan de salud, aceptan nuestro pago y no les cobran a nuestros miembros ninguna suma adicional.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá utilizar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. A los proveedores de la red también se los llama "proveedores del plan".

Hogar de ancianos o de servicios de enfermería: Un lugar que brinda cuidados a las personas que no pueden recibirlos en su hogar, pero que no necesitan estar en el hospital.

Mediador: Una oficina en su estado que trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder a preguntas si tiene un problema o denuncia y pueden ayudarlo a entender qué hacer. Los servicios del mediador son gratuitos. Puede encontrar más información acerca del mediador en los capítulos 2 y 9 de este manual.

Determinación de la organización: El plan tomó una determinación como organización cuando este o uno de sus proveedores toman una decisión acerca de si los servicios tienen cobertura o cuánto usted tiene que pagar por los servicios cubiertos. A las determinaciones de la organización se las llama "decisiones de cobertura" en este manual. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de tarifa por servicio): Original Medicare es ofrecido por el gobierno. Bajo Original Medicare, sus servicios Medicare están cubiertos al pagar a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica las cantidades que fija el Congreso.

- Puede recurrir a cualquier doctor, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en todos los Estados Unidos.
- Si no quiere estar en nuestro plan, usted puede elegir Original Medicare.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, salvo que se cumplan ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Un proveedor o centro que no es nuestro empleado, ni de nuestra propiedad, ni es operado por nuestro plan y no está contratado para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En el Capítulo 3, se explica sobre los centros o proveedores fuera de la red.

Medicamentos de venta libre (OTC, en inglés): Se refieren a cualquier medicamento o medicina que una persona puede comprar sin una receta de un profesional de la salud.

Parte A: Consulte “Medicare Parte A”.

Parte B: Consulte “Medicare Parte B”.

Parte C: Consulte “Medicare Parte C”.

Parte D: Consulte “Medicare Parte D”.

Medicamentos de la Parte D: Consulte "Medicamentos de la Parte D de Medicare".

Información médica personal (también llamada información médica protegida) (PHI, en inglés): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de Seguro Social, visitas al médico e historial médico. Consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad de Blue Cross Community MMAI para obtener más información acerca de cómo Blue Cross Community MMAI protege, usa y divulga su PHI, y cuáles son sus derechos con respecto a su PHI.

Proveedor de atención primaria (PCP, en inglés): Su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor al que consulta primero por la mayoría de sus problemas de salud.

- Su PCP se asegura de que reciba el cuidado que necesita para mantenerse saludable. Esta persona también puede hablar con otros doctores y proveedores de atención médica sobre su cuidado y remitirlo a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de cuidados primarios antes de recurrir a cualquier otro proveedor de atención médica.
- Consulte el Capítulo 3 para obtener más información acerca de cómo obtener cuidados de profesionales de la salud primaria.

Autorización previa (PA, en inglés): Aprobación de Blue Cross Community MMAI que debe obtener antes de que pueda recibir un servicio o medicamento específico, o usar un proveedor que no forma parte de la red. Blue Cross Community MMAI podría no cubrir el servicio o medicamento si no obtiene la aprobación.

Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen la PA de nuestro plan.

- Los servicios cubiertos que necesitan PA están señalados en la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, Sección D.

Algunos medicamentos están cubiertos solamente si usted obtiene PA de nuestra parte.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan PA están marcados en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

Protésicos y ortóticos: Son dispositivos médicos solicitados por el médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, sin limitación, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar

una parte interna o una función del cuerpo, incluidos suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización de mejoramiento de la calidad (QIO, en inglés): Un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ayudan a mejorar la calidad del cuidado de personas con Medicare. El gobierno federal les paga para que controlen y mejoren el cuidado que se da a los pacientes. Consulte el Capítulo 2 para obtener información acerca de cómo comunicarse con la QIO en su estado.

Límites de cantidades: Un límite en la cantidad de un medicamento que usted puede tener. Es posible que se impongan límites en la cantidad de medicamento que cubrimos en cada receta médica.

Remisión: Una remisión significa que su proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) debe darle la aprobación antes de recurrir a otro profesional. Si usted no recibe la aprobación, es posible que Blue Cross Community MMAI no cubra los servicios. No necesita una remisión para algunos especialistas, como los de salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre remisiones en el Capítulo 3 y sobre servicios que requieren remisiones en el Capítulo 4.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que usted recibe para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Consulte el Capítulo 4 para obtener información adicional acerca de los servicios de rehabilitación.

Área de servicios: Un área geográfica en la que un plan de salud acepta miembros si establece límites con respecto a la membresía en función del lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, por lo general, también es el área donde puede recibir servicios de rutina (no de emergencia). Únicamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener Blue Cross Community MMAI.

Centro de enfermería especializada (SNF, en inglés): Un centro de enfermería con personal y equipo que da atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Atención en Centros de enfermería especializada (SNF, en inglés): Servicios de enfermería especializada y rehabilitación provistos en un centro de enfermería especializada en forma diaria y continua. Algunos ejemplos de atención en centros de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que puede aplicar una enfermera registrada o un médico.

Especialista: Un médico que provee servicios de atención de salud para una enfermedad específica o parte del cuerpo.

Agencia Medicaid del estado: El Departamento de Atención Médica y Servicios para Familias de Illinois.

Terapia escalonada: Una regla de cobertura que le exige a usted que primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que está pidiendo.

Seguridad de ingreso suplementario (SSI, en inglés): 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.

Atención médica requerida con urgencia: Atención que usted recibe por una enfermedad, lesión o condición repentina que no es una emergencia, pero necesita atención inmediata. Usted puede obtener atención médica requerida urgentemente de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o cuando no pueda acceder a ellos.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Blue Cross and Blue Shield of Illinois no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois:

- Proporciona apoyo y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros de manera efectiva, tales como los que se indican a continuación:
  - Intérpretes capacitados en lengua de señas.
  - Materiales escritos en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es inglés, como los que se indican a continuación:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles.

Si considera que Blue Cross and Blue Shield of Illinois no prestó estos servicios o lo discriminó de otra manera en función de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una inconformidad mediante la siguiente información de contacto: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35th floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, Fax: 1-855-661-6960. Puede presentar una inconformidad por teléfono, correo o fax. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, un Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una denuncia por derechos civiles ante la Oficina para los Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos de forma electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina para los Derechos Civiles, disponible en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o por correo o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington D. C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Hay formularios de quejas disponibles en **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Member Services at 1-877-723-7702 (TTY: 711). We are available seven (7) days a week. Our call center is open Monday-Friday 8:00 a.m. – 8:00 p.m. Central time. On weekends and Federal holidays, voice messaging is available. If you leave a voice message, a Member Services representative will return your call no later than the next business day. The call is free.

ATENCIÓN: Si habla español, los servicios de asistencia lingüística están a su disposición sin costo alguno para usted. Llame al 1-877-723-7702 (TTY: 7-1-1). Atención disponible los siete (7) días de la semana. El horario de atención por teléfono es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro. Servicio de correo de voz disponible los fines de semana y los días feriados federales. Si deja un mensaje de voz, un representante de Atención al Asegurado le devolverá la llamada a más tardar el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

UWAGA: Osoby posługujące się językiem angielskim mogą bezpłatnie skorzystać z pomocy językowej. Prosimy zadzwonić do Działu Obsług Członków pod numer 1-877-723-7702 (TTY: 711). Jesteśmy dostępni siedem (7) dni w tygodniu. Nasza informacja telefoniczna jest czynna od poniedziałku do piątku, w godzinach od 8:00 a.m. do 8:00 p.m. czasu centralnego. W weekendy oraz święta federalne dostępna jest poczta głosowa. W przypadku pozostawienia takiej wiadomości przedstawiciel Działu Obsługi Członków skontaktuje się z Państwem najpóźniej następnego dnia roboczego. Połączenie jest bezpłatne.

注意：如果您說英語，則可以免費使用語言幫助服務。請致電會員服務部，電話：1-877-723-7702（聽障專線 (TTY)：711）。我們的上班時間每週七 (7) 天。我們的服務中心開放時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點（中部時間）。在週末和聯邦假日，可以使用語音訊息。如果您使用語音留言，會員服務部代表將在不遲於下一個工作日回電給您。這是免付費專線。

주의: 영어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-723-7702(TTY: 711)번으로 회원 서비스 부서에 전화하십시오. 전화 서비스는 주 칠(7) 일 이용이 가능합니다. 당사의 콜센터는 월요일 ~ 금요일 오전 8시 ~ 오후 8시(중부 표준시)까지 영업합니다. 주말 및 연방 공휴일에는 음성 메시지를 남기실 수 있습니다. 음성 메시지를 남기시면 회원 서비스 안내 직원이 다음 영업일 내로 답신 전화를 드릴 것입니다. 이 통화는 무료입니다.

PAUNAWA: Kung nagsasalita kayo ng wikang Ingles, mayroon kayong makukuhang mga libreng serbisyo para sa tulong sa wika. Tumawag sa Member Services sa 1-877-723-7702 (TTY: 711). Matatawagan kami pitong (7) araw bawat linggo. Bukas ang aming call center ng Lunes-Biyernes 8:00 a.m. – 8:00 p.m. Central time. Kapag weekend at Pederal na pista-opisyal, may voice messaging. Kapag nag-iwan ka ng voice message, tatawagan ka ng kinatawan ng Member Services nang hindi lalagpas sa susunod na araw ng negosyo. Libre ang tawag.

انتباه: إذا كنت تتحدث اللغة الإنجليزية، فتتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. اتصل بقسم "خدمات الأعضاء" على الرقم 1-877-723-7702 (الهاتف النصي: 711). إننا نعمل سبعة (7) أيام في الأسبوع. مركز الاتصال متاح من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً بالتوقيت المركزي. في عطلات نهاية الأسبوع والعطلات الفيدرالية، تتوفر خدمة الرسائل الصوتية. إذا تركت رسالة صوتية، فسيرد ممثل خدمات الأعضاء على مكالمتك في موعد لا يتجاوز يوم العمل التالي. المكالمة مجانية.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, мы можем предоставить вам бесплатные услуги переводчика. Позвоните в отдел обслуживания участников по телефону: 1-877-723-7702 (TTY: 711). Мы работаем 7 (семь) дней в неделю. Наш колл-центр работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00 по центральному часовому поясу. По выходным и федеральным праздникам доступна запись голосовых сообщений. Если вы оставите голосовое сообщение, представитель отдела обслуживания участников перезвонит вам не позднее следующего рабочего дня. Звонок бесплатный.

توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو، زبان سے متعلق امداد کی خدمات، مفت میں، آپ کے لیے دستیاب ہیں- 1-877-723-7702 (TTY: 711) پر ممبر سروسز کو کال کریں- ہم ہفتے میں سات)7(دن دستیاب ہیں- ہمارا کال سینٹر پیر تا جمعہ سینٹرل ٹائم کے مطابق صبح 8:00 بجے سے شام 8:00 بجے تک کھلا رہتا ہے- اختتام ہفتہ اور وفاقی تعطیلات کے دن، صوتی پیغام رسانی دستیاب ہے- اگر آپ صوتی پیغام چھوڑتے ہیں، تو ممبر سروسز کا نمائندہ اگلے کاروباری دن سے پہلے آپ کو واپس کال کرے گا- یہ کال مفت ہے-

LƯU Ý: Nếu quý vị không nói Tiếng Anh, luôn có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ được cung cấp miễn phí cho quý vị. Hãy gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số 1-877-723-7702 (TTY: 711). Chúng tôi làm việc bảy (7) ngày một tuần. Trung tâm chăm sóc của chúng tôi mở cửa từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng - 8 giờ tối theo giờ miền Trung. Vào các ngày cuối tuần và ngày lễ của Liên bang, sẽ có tính năng nhắn tin thoại. Nếu quý vị để lại tin nhắn thoại, nhân viên của bộ phận Dịch vụ Thành viên sẽ gọi lại cho quý vị không muộn hơn ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi được miễn phí.

ATTENZIONE: se parla inglese, sono disponibili per Lei servizi gratuiti di assistenza linguistica. Chiami il Servizio per i membri al numero 1-877-723-7702 (TTY: 711). Siamo disponibili sette (7) giorni su sette. Il nostro centralino è aperto dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 20 (fuso orario centrale degli Stati Uniti). Nei fine settimana e durante le festività federali, è disponibile un servizio di segreteria telefonica. Se lascia un messaggio vocale, un addetto del Servizio per i membri La ricontatterà entro il successivo giorno lavorativo. La chiamata è gratuita.

ध्यान दें: यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो आप के लिए भाषा सहायता सेवाएँ निःशुल्क उपलब्ध हैं। सदस्य सेवाओं को 1-877-723-7702 (TTY: 711) पर कॉल करें। हम सप्ताह में सातों (7) दिन उपलब्ध हैं। हमारा कॉल सेंटर सोमवार-शुक्रवार सेंट्रल टाइम के अनुसार सुबह 8:00 बजे से शाम 8:00 बजे तक खुला रहता है। सप्ताहांतों और संघीय अवकाशों पर, वॉइस संदेश सेवा उपलब्ध है। यदि आप वॉइस संदेश छोड़ते हैं, तो सदस्य सेवाओं का एक प्रतिनिधि अगले व्यापार दिवस से पहले आपको वापस कॉल करेगा। यह कॉल निःशुल्क है।

ATTENTION : si vous parlez français, des services d’assistance linguistique sont disponibles gratuitement. Appelez le Service adhérents au 1-877-723-7702 (service TTY : 711). Nous sommes disponibles sept (7) jours sur sept. Notre centre d’appels est ouvert du lundi au vendredi de 8 h 00 à 20 h 00, heure du Centre. Un service de messagerie vocale est disponible les week-ends et jours fériés. Si vous laissez un message vocal, un représentant du Service adhérents vous rappellera au plus tard le jour ouvrable suivant. L’appel est gratuit.

ACHTUNG: Wenn Sie Englisch sprechen, steht Ihnen kostenlos fremdsprachliche Unterstützung zur Verfügung. Rufen Sie den Mitgliederdienst an unter 1-877-723-7702 (TTY: 711). Wir sind rund um die Uhr sieben (7) Tage in der Woche für Sie da. Unser Call Center ist montags bis freitags von 8:00 – 20:00 Uhr Central Time geöffnet. An Wochenenden und gesetzlichen Feiertagen können Sprachnachrichten hinterlassen werden. Wenn Sie eine Sprachnachricht hinterlassen, werden Sie spätestens am nächsten Werktag von einem Mitarbeiter des Mitgliederdienstes zurückgerufen. Der Anruf ist kostenlos.

ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele Sèvis Manm nan 1-877-723-7702 (TTY: 711). Nou disponib sèt (7) jou sou sèt. Sant dapèl nou an louvri Lendi-Vandredi 8:00 a.m. – 8:00 p.m. Lè zòn santral. Nan wikenn ak jou ferye Federal, gen mesaj vwa disponib. Si w kite yon mesaj vwa, yon reprezantan Sèvis Manm ap retounen w apèl la oplita nan pwochen jou ouvrab la. Apèl la gratis.

お知らせ：日本語をお話しになる方は無料の言語アシスタンスサービスをご利用いただけます。メンバーサービスまで1-877-723-7702 （TTY: 711）にお電話ください。週7日ご利用いただけます。コールセンターの営業時間は月～金曜日の午前8:00～午後8:00（米国中部時間）です。週末と連邦祝日には、音声メッセージサービスをご利用いただけます。音声メッセージを残していただければ、メンバーサービスの担当者が遅くても翌営業日に折り返しご連絡いたします。通話料は無料です。

ATENÇÃO: Se fala inglês, são-lhe disponibilizados gratuitamente serviços de assistência de idiomas. Ligue para o Serviço de Apoio a Associados através do número 1-877-723-7702 (TTY: 711). Estamos disponíveis sete (7) dias por semana. A nossa central de atendimento está aberta de segunda a sexta-feira, das 8 h às 20 h, horário central dos E.U.A. Aos fins de semana e feriados federais, estão disponíveis mensagens de voz. Se deixar uma mensagem de voz, um representante do Serviço de Apoio a Associados irá devolver a sua chamada o mais tardar no dia útil seguinte. A chamada é gratuita.

Blue Cross Community MMAI (Medicare-Medicaid Plan)℠

LLAME AL	**1-877-723-7702** Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicio al Asegurado le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable. El Departamento de Servicio al Asegurado también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	**711** Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de llamadas está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro. Durante los fines de semana y feriados federales, está disponible el servicio de mensajería de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante del Departamento de Servicios para Miembros le devolverá la llamada, como máximo, el siguiente día laborable.
ESCRÍBANOS	Blue Cross Community MMAI C/O Member Services P.O. Box 3836 Scranton, PA 18505
SITIO WEB:	**bcbsil.com/mmai**