

Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2023

Evidencia de cobertura:

Su cobertura de medicamentos recetados y servicios y beneficios de salud de Medicare y como miembro de BlueMedicare Classic (HMO)

Este documento contiene información detallada sobre su cobertura de atención de la salud y de medicamentos recetados de Medicare para el período comprendido entre el 1.º de enero y el 31 de diciembre de 2023. **Este es un documento legal importante. Manténgalo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-877-349-9335 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro, de lunes a viernes (desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre). Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro, los siete días de la semana.

Este plan, BlueMedicare Classic (HMO), es ofrecido por Arkansas Blue Medicare. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Arkansas Blue Medicare. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa BlueMedicare Classic (HMO).)

Este documento está disponible gratis en español y letra grande.

Los beneficios, los deducibles y/o copagos/coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de 2024.

La Lista de medicamentos, la red de farmacias y/o la red de profesionales médicos pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los miembros afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Use este documento para comprender lo siguiente:

- La prima de su plan y los costos compartidos.
- Sus beneficios médicos y de medicamentos recetados.
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento.
- Cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda.
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

H9699_004_23EOC_C

Evidencia de Cobertura para 2023**Índice**

CAPÍTULO 1: <i>Cómo iniciarse como miembro</i>	5
SECCIÓN 1 Introducción	6
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe cumplir para ser un miembro del plan?	7
SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá	8
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para BlueMedicare Classic (HMO)	10
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	13
SECCIÓN 6 Mantenga su registro de miembro del plan actualizado.....	14
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	15
CAPÍTULO 2: <i>Números telefónicos y recursos importantes</i>	17
SECCIÓN 1 Contactos de BlueMedicare Classic (HMO) (cómo contactarnos, incluye cómo comunicarse con el Servicio al Cliente).....	18
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare).....	24
SECCIÓN 3 Programa de asistencia para seguro médico estatal (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare).....	26
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad	27
SECCIÓN 5 Seguro Social	28
SECCIÓN 6 Medicaid	29
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta	30
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferrovianos.....	33
SECCIÓN 9 ¿Tiene “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador?	34
CAPÍTULO 3: <i>Cómo usar el plan para sus servicios médicos</i>	35
SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo obtener su atención médica como miembro de nuestro plan.....	36
SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener su atención médica.	38
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia médica o una necesidad de atención médica de urgencia o durante un desastre	41
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios?.....	43
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?.....	44

Índice

SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una “institución religiosa no médica de atención de la salud”	46
SECCIÓN 7	Normas para la propiedad de equipo médico duradero	47
CAPÍTULO 4: <i>Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga)</i>		49
SECCIÓN 1	Información para comprender sus costos de desembolso por servicios cubiertos	50
SECCIÓN 2	Use la <i>Tabla de Beneficios Médicos</i> para averiguar qué servicios tiene cubiertos y cuánto tendrá que pagar.....	52
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	105
CAPÍTULO 5: <i>Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D</i>		108
SECCIÓN 1	Introducción	109
SECCIÓN 2	Surta sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	109
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben formar parte de la “Lista de medicamentos” del plan.....	113
SECCIÓN 4	Hay restricciones de cobertura para algunos medicamentos.	115
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría?	117
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?.....	120
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?.....	122
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta	123
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	124
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad de medicamentos y manejo de medicamentos	126
Capítulo 6. <i>Lo que paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D</i>		129
SECCIÓN 1	Introducción	130
SECCIÓN 2	Lo que paga por un medicamento depende de cuál es su “etapa de pago de medicamentos” cuando recibe el medicamento	133
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en que se encuentra.	133
SECCIÓN 4	Durante la Etapa de Deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 3, 4 y 5.....	135
SECCIÓN 5	Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde de sus costos de medicamentos y usted paga su parte.....	135

Índice

SECCIÓN 6	Costos en la Etapa de brecha en la cobertura.....	140
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos.....	140
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que paga depende de cómo y dónde las obtiene.....	141
CAPÍTULO 7: <i>Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.....</i>		143
SECCIÓN 1	Situaciones en las cuales debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos	144
SECCIÓN 2	Cómo solicitar que le reintegremos un pago o que paguemos una factura que ha recibido.....	146
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos.....	147
CAPÍTULO 8: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>		148
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe honrar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	149
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	155
CAPÍTULO 9: <i>Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>		157
SECCIÓN 1	Introducción	158
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	158
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe usar para manejar su problema?	159
SECCIÓN 4	Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.....	160
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura.....	163
SECCIÓN 6	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	172
SECCIÓN 7	Cómo solicitar que cubramos una hospitalización más prolongada si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto	183
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto	191
SECCIÓN 9	Llevar su apelación al nivel 3 y a niveles superiores.....	198
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otras inquietudes.....	201

CAPÍTULO 10: <i>Cómo finalizar su membresía del plan</i>	205
SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan	206
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	206
SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	209
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	210
SECCIÓN 5 BlueMedicare Classic (HMO) debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones.....	210
CAPÍTULO 11: <i>Avisos legales</i>	212
SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes	213
SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación	213
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	213
CAPÍTULO 12: <i>Definiciones de palabras importantes</i>	214



CAPÍTULO 1:

Cómo iniciarse como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Está inscrito en BlueMedicare Classic (HMO), que es una HMO de Medicare

Está cubierto por Medicare, y eligió recibir su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos con receta médica a través de nuestro plan, BlueMedicare Classic (HMO). Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso de proveedores en este plan difieren de los de Original Medicare.

BlueMedicare Classic (HMO) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud [Health Maintenance Organization]) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

La cobertura bajo este plan califica como una cobertura de salud elegible (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con los requisitos de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

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

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención y los servicios médicos y a los medicamentos recetados que tiene disponibles como miembro de BlueMedicare Classic (HMO).

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y qué servicios tiene a su disposición. Recomendamos que dedique un tiempo a revisar este documento de *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con el Servicio al Cliente.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo BlueMedicare Classic (HMO) cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que le enviemos acerca de los cambios en su cobertura o las condiciones que pueden afectar su cobertura. Estos avisos en ocasiones se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

Capítulo 1: Cómo iniciarse como miembro

El contrato está vigente durante los meses en que sea miembro de BlueMedicare Classic (HMO), entre el 1.º de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos modificar los costos y beneficios de BlueMedicare Classic (HMO) después del 31 de diciembre de 2023. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2023.

Medicare (Centros de servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar BlueMedicare Classic (HMO) cada año. Puede seguir recibiendo cada año la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe cumplir para ser un miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para convertirse en miembro de nuestro plan, siempre que:

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare.
- -- y -- Vive dentro de nuestra área de cobertura geográfica (en la Sección 2.2 a continuación se describe nuestra área de cobertura). Las personas encarceladas no se consideran que viven en el área geográfica de servicio, incluso si están físicamente ubicadas en ella.
- -- y -- es ciudadano de los Estados Unidos o se encuentra legalmente en los Estados Unidos

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan para BlueMedicare Classic (HMO)

BlueMedicare Classic (HMO) está disponible solo para las personas que viven en el área de cobertura de nuestro plan. Para permanecer como miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en esta área de cobertura. El área de cobertura se describe a continuación.

Plan 001

Nuestra área de servicio incluye estos condados de Arkansas: Benton, Carroll, Crawford, Franklin, Johnson, Logan, Madison, Scott, Sebastian y Washington

Capítulo 1: Cómo iniciarse como miembro**Plan 002**

Nuestra área de servicio incluye estos condados de Arkansas: Cleburne, Jefferson, Lonoke, Pulaski, Saline, White

Plan 003

Nuestra área de servicio incluye estos condados de Arkansas: Faulkner, Perry, Pope, Yell

Si planifica mudarse fuera del área de cobertura de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con el Servicio al Cliente para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando usted se mude, tendrá un Período de Inscripción al Seguro Especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.



También es importante que se comunique con su Seguro Social si se muda o cambia su dirección de correo postal. Los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social se encuentran en el Capítulo 2, Sección 5.


Sección 2.3 Ciudadano estadounidense o presencia legal en los EE. UU.

Los miembros del plan de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de servicios de Medicare y Medicaid) notificará a BlueMedicare Classic (HMO) si no es elegible para seguir siendo miembro por ello. BlueMedicare Classic (HMO) deberá cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá**Sección 3.1 Su tarjeta de miembro**

Mientras es miembro de nuestro plan, debe utilizar la tarjeta de miembro cada vez que reciba servicios cubiertos por este plan y para adquirir medicamentos recetados en las farmacias de la red. También debe mostrar su tarjeta de Medicaid al proveedor, si corresponde. A continuación se incluye un modelo de tarjeta de miembro:

		BlueMedicare Premier (HMO)	
Enrollee Name TEST C SUSNIK		Plan H6158_001	
Enrollee ID PBHF123XX375		Rx Bin 016895 Rx PCN HMOAR2 Rx Group ARPARTD	
Issuer 8084018158		Issued: 09/2020	
Group Number: 16158			

Members and Providers: www.arkbluemedicare.com	
	
Arkansas Blue Cross and Blue Shield An Independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield association	Member Services: 844-463-1088 TTY: 711 Pharmacy Services: 855-457-0228 Pharmacy Help Desk: 800-693-3815 Provider Inquiries: 800-287-4188 To locate providers outside of Arkansas: 800-810-2583 If you suspect fraud: 800-372-8321 MyVirtualHealth.com
Arkansas Providers file claims to: Arkansas Blue Cross P.O. Box 2181 Little Rock, AR 72203-2181	Submit prescription claims to: Prime Therapeutics (Med-D) P.O. Box 20970 Lehigh Valley, PA 18220-0970
Out-of-area providers: File Claims with the local BCBS Plan	Use of this card is subject to terms of applicable contracts, conditions and user agreements. Medicare limiting charges apply.

Capítulo 1: Cómo iniciarse como miembro

NO uses tu tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras seas miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de BlueMedicare Classic (HMO), tal vez tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que muestre la tarjeta si necesita servicios hospitalarios, servicios de un centro de cuidados paliativos o si participa en estudios de investigación clínica, también denominados ensayos clínicos, aprobados por Medicare.

Si su tarjeta de membresía del plan está dañada, se pierde o se la roban, llame al Servicio de Atención al Cliente de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de Proveedores* enumera a nuestros proveedores y suministros de equipo médico duradero dentro de la red. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención de la salud, grupos médicos, suministradores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención de la salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como el pago completo.

Debe utilizar proveedores de la red para obtener su atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la autorización adecuada, tendrá que pagar la totalidad. Las únicas excepciones son emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que BlueMedicare Classic (HMO) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores y distribuidores está disponible en nuestro sitio web en www.arkbluemedicare.com.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia al Servicio al Cliente.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El Directorio de farmacias detalla las farmacias que forman parte de la red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos recetados cubiertos a los miembros de nuestro plan. Puede usar el *Directorio de farmacias* para buscar la farmacia de la red que desea usar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia del Servicio al Cliente. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.arkbluemedicare.com.

Capítulo 1: Cómo iniciarse como miembro

Sección 3.4 La Lista de Medicamentos Cubiertos del Plan (Formulario)

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos aprobados)*. La denominamos “Lista de Medicamentos”, para abreviar. Indica qué medicamentos con receta médica de la Parte D están cubiertos bajo el beneficio de la Parte D incluido en BlueMedicare Classic (HMO). Los medicamentos que figuran en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de BlueMedicare Classic (HMO).

La Lista de Medicamentos también le indica si existe alguna norma que restrinja la cobertura de sus medicamentos.

Le brindaremos una copia de la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio del plan (www.arkbluemedicare.com) o llamar al Servicio al Cliente.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para BlueMedicare Classic (HMO)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Cantidad de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)

Sección 4.1 Prima del plan

No tiene que pagar una prima mensual del plan separada para BlueMedicare Classic (HMO).

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare**Muchos miembros deben efectuar otros pagos de primas de Medicare**

Debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** en la Parte D. La multa por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que debe pagar por la cobertura de la Parte D si en cualquier momento después de que el período de inscripción inicial se termina, hay

Capítulo 1: Cómo iniciarse como miembro

un período de 63 días consecutivos o más sin que tenga la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. La “cobertura acreditable de medicamentos recetados” es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare ya que se espera que pague, en promedio, tanto como lo que ofrece la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin otra cobertura acreditable de medicamentos recetados o de la Parte D. Deberá pagar esta multa mientras siga teniendo cobertura de la Parte D.

Cuando se inscriba por primera vez en BlueMedicare Classic (HMO), nosotros le informaremos el monto de la multa.

No tendrá que pagarla si:

- Recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Ha pasado menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido cobertura de farmacia acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Tu aseguradora o el departamento de recursos humanos te informarán cada año si tu cobertura de medicamentos es cobertura acreditable. Puede enviarle esta información en una carta o incluirla en un boletín informativo del plan. Guarde esta información ya que la puede necesitar si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que tenía cobertura “acreditable” de medicamentos recetados que debe pagar tanto como lo que paga el plan estándar de medicamentos recetados de Medicare.
 - **Nota:** Las siguientes situaciones *no* corresponden a una cobertura de medicamentos recetados acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web con descuento en medicamentos.

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

- Si pasó 63 días o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados después de que fue elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. La multa es del 1 % por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si permanece 14 meses sin cobertura, la multa será el 14 %.
- Luego, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país respecto del año anterior. Para 2023, esta cantidad de prima mensual promedio es de \$34.71.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego aproxímelo a los siguientes 10 centavos. En este ejemplo, sería el 14 % de \$34.71, que equivale a \$4.86. Esto debe redondearse a \$4.90. Esta cantidad se debe agregar **a la prima mensual para alguien con una multa por inscripción tardía en la Parte D.**

Capítulo 1: Cómo iniciarse como miembro

Hay tres cosas importantes que se deben tener en cuenta respecto a esta multa por inscripción tardía en la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, porque la prima promedio mensual puede cambiar cada año.
- En segundo lugar, **usted continuará pagando una multa** todos los meses durante el período que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si tiene menos de 65 años actualmente, está recibiendo beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D quedará en cero cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía en la Parte D se basará solo en los meses que no tenga cobertura después de su Período de Inscripción Inicial por vejez para Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días** a partir de la fecha en la primera carta que recibió, indicando que tiene que pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si pagaba una penalidad antes de inscribirse en nuestro plan, tal vez no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de la penalidad por inscripción tardía.

Sección 4.4	Cantidad de ajuste mensual relacionado con los ingresos
--------------------	--

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como Cantidad de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, también llamado IRMAA [Income Related Monthly Adjustment Amount]. El cargo adicional se calcula utilizando sus ingresos brutos ajustados modificados según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si esta cantidad es superior a cierta cantidad, pagará la cantidad de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que puede tener que pagar según sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la cual se le indicará el valor de la cantidad adicional. El monto adicional se retendrá de su cheque de beneficios de Seguro Social, Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios u Oficina de Gestión de Personal, sin importar cómo pague en general la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si tu cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirás una factura de Medicare. **Debe pagar la cantidad adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga la cantidad adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con el pago de la cantidad adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1	Si paga una multa por inscripción tardía en la Parte D, hay varias maneras de efectuar el pago de su multa
--------------------	---

Hay tres maneras de pagar la multa. Puede llamar al Servicio al Cliente para informarnos de su elección de opción de pago o si desea realizar cambios en la forma de pagar la multa.

Opción 1: Pago con cheque

BlueMedicare Classic (HMO) le enviará una factura mensual. El pago debe realizarse el primer día de cada mes. Puede enviar su cheque a:

BlueMedicare Classic (HMO)
P.O. Box 505229
St. Louis, MO 63150-5229

Los cheques deben hacerse a nombre de Arkansas Blue Medicare y enviarse al plan. **Los cheques no deben emitirse a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) ni al Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS) de los EE. UU. ni deben enviarse a estas agencias.**

Opción 2: Giro Bancario Mensual

En lugar de pagar con cheque, puede hacer que la multa por inscripción tardía de la Parte D se debite automáticamente de su cuenta bancaria. La deducción se realizará alrededor del quinto día del mes. Para hacer que la multa se debite de su cuenta bancaria, póngase en contacto con Servicio al Cliente para que le envíen el formulario que corresponda.

Opción 3: Que le retiren la multa por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social

Puede deducir el pago de la multa por inscripción tardía en la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social. Contacte al Servicio al Cliente para obtener más información sobre cómo pagar su multa de este modo. Nos complacerá ayudarlo al respecto.

Cómo cambiar la forma en que paga su prima. Si decide cambiar su forma de pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D, puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia su nuevo método de pago. Mientras procesamos su pedido de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la multa por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago para la multa por inscripción tardía en la Parte D, comuníquese con el Servicio al Cliente.

Capítulo 1: Cómo iniciarse como miembro

Qué debe hacer si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía en la Parte D

Si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D, esa multa se debe pagar en nuestra oficina a más tardar el primer día del mes.

Si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D, si se adeuda, a tiempo, comuníquese con el Servicio al Cliente para ver si podemos dirigirlo a programas que lo ayudarán con sus costos.

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

No. No podemos cambiar la cantidad que cobramos por el pago mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el siguiente año, le informaremos en septiembre, y el cambio entrará en vigencia el 1.º de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeudaba, o tenga que empezar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto podría suceder si pasa a ser elegible para el programa de “Ayuda Adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda Adicional” durante el año:

- Si actualmente pagas la penalidad por inscripción tardía de la Parte D y te vuelves elegible para la “Ayuda adicional” durante el año, podrías dejar de pagar tu penalidad.
- Si pierde la “Ayuda adicional”, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días consecutivos o más sin otra cobertura acreditable para medicamentos recetados o de la Parte D.

Puede obtener más información sobre el programa “Ayuda Adicional” en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 6 Mantenga su registro de miembro del plan actualizado

Su registro de miembro contiene información de su formulario de membresía, incluidos su número de teléfono y dirección. Se muestra la cobertura específica de su plan, incluido su médico de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber qué servicios y medicamentos tiene usted cubiertos y qué montos debe pagar en gastos compartidos.** Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono

Capítulo 1: Cómo iniciarse como miembro

- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como cobertura de su empleador, el empleador de su cónyuge, Compensación para el Empleado por accidentes laborales [Worker's Comp.] o Medicaid)
- Si tiene un seguro de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si ha sido internado en un centro de cuidados médicos no especializados.
- Si recibe atención dentro y fuera del área de servicio o en un hospital o sala de emergencias que no pertenezca a la red
- Si designa a otra persona como parte responsable (por ejemplo, su cuidador)
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** no está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que le interesa de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si cualquier parte de esta información cambia, háganoslo saber llamando al Servicio al Cliente.

También es importante que se comunique con su Seguro Social si se muda o cambia su dirección de correo postal. Los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social se encuentran en la Sección 5, Capítulo 2.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare nos exige que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que usted tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios de nuestro plan. A esto se lo denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez al año le enviaremos una carta en la que se indicará cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Vuelva a leer detenidamente esa información. Si es correcta, no tiene que hacer nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no está en la lista, llame al Servicio al Cliente. Es posible que deba proporcionar el número de identificación de miembro del plan a sus otros aseguradores (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correcta y oportunamente.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud de grupo empleador), hay normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan u otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina el “pagador principal” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga segundo, que se denomina el “pagador secundario”, paga únicamente si hay costos no cubiertos por la cobertura principal. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, infórmelo a su médico, hospital y farmacia.

Capítulo 1: Cómo iniciarse como miembro

Estas normas son aplicables a la cobertura de los planes de salud grupales de un empleador o sindicato:

- Si usted tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en el empleo actual suyo o de un miembro de su familia, quién pague primero va a depender de su edad, el número de personas empleadas por su empleador y si usted tiene Medicare basado en su edad, discapacidad o Enfermedad Renal Terminal (ESRD):
 - Si es menor de 65 años de edad y está discapacitado y usted o un miembro de su familia está todavía trabajando, su plan de salud de grupo paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más o si al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años de edad y usted o su cónyuge todavía están trabajando, su plan médico de grupo paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más o si al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que gane el derecho a recibir cobertura de Medicare.

Estos tipos de cobertura en general pagan primero los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido seguro para automóvil)
- Responsabilidad (incluido seguro para automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis del minero
- Compensación del trabajador

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios que cubre Medicare. Pagan solo después de que Medicare, los planes de salud grupales del empleador y/o Medigap han pagado.



CAPÍTULO 2:

Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de BlueMedicare Classic (HMO) **(cómo contactarnos, incluye cómo comunicarse con el Servicio al Cliente)**

Cómo contactarse con Servicio de Atención al Cliente de nuestro plan

Si necesita ayuda con reclamos, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Servicio al Cliente de BlueMedicare Classic (HMO). Nos complacerá ayudarlo.

Método	Servicio al Cliente – Información de Contacto
LLAME AL	1-877-349-9335 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro, de lunes a viernes (desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre). Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro, los siete días de la semana. La Oficina de Atención al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro, de lunes a viernes (desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre). Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro, los siete días de la semana.
FAX	1-501-301-1927
ESCRIBA A	BlueMedicare Classic (HMO) P.O. Box 3648 Little Rock, AR 72203
SITIO WEB	www.arkbluemedicare.com

Cómo contactarnos cuando necesita pedir una decisión de cobertura o apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos en relación a sus beneficios y su cobertura o sobre la cantidad que pagará por sus servicios médicos o medicamentos recetados

de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información acerca de cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre sus servicios médicos o medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de cobertura para atención médica: Información de contacto
TELÉFONO	1-877-349-9335 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro, de lunes a viernes (desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre). Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro, los siete días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro, de lunes a viernes (desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre). Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro, los siete días de la semana.
FAX	1-501-301-1928
CORREO	BlueMedicare Classic (HMO) P.O. Box 3648 Little Rock, AR 72203
SITIO WEB	www.arkbluemedicare.com

Método	Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
TELÉFONO	1-888-249-1595 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Método	Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos las 24 horas del día, los siete días de la semana.
FAX	1-800-693-6703
CORREO	BlueMedicare Classic (HMO) Atención: Clinical Review Department 2900 Ames Crossing Road Eagan, MN 55121
SITIO WEB	www.arkbluemedicare.com

Método	Apelaciones de atención médica: información de contacto
TELÉFONO	1-800-331-2285 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central, de lunes a viernes.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central, de lunes a viernes.
FAX	1-501-301-1928
CORREO	BlueMedicare Classic (HMO) P.O. Box 2181 Little Rock, AR 72203-2181
SITIO WEB	www.arkbluemedicare.com

Método	Apelaciones de medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
TELÉFONO	1-888-249-1595 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos las 24 horas del día, los siete días de la semana.
FAX	1-800-693-6703
CORREO	BlueMedicare Classic (HMO) Atención: Clinical Review Department 2900 Ames Crossing Road Eagan, MN 55121
SITIO WEB	www.arkbluemedicare.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja contra nosotros o uno de los proveedores o de las farmacias de nuestra red, incluyendo una queja relacionada con la calidad de la atención. Este tipo de queja no abarca disputas por cobertura ni pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja relacionada con su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre atención médica – Información de contacto
TELÉFONO	1-800-331-2285 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central, de lunes a viernes.

Método	Quejas sobre atención médica – Información de contacto
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central, de lunes a viernes.
FAX	1-501-301-1928
CORREO	BlueMedicare Classic (HMO) P.O. Box 3648 Little Rock, AR 72203
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre BlueMedicare Classic (HMO) directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare por Internet, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Método	Quejas sobre medicamentos con receta médica de la Parte D: información de contacto
TELÉFONO	1-800-331-2285 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central, de lunes a viernes.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central, de lunes a viernes.
FAX	501-301-1928
CORREO	BlueMedicare Classic (HMO) P.O. Box 3648 Little Rock, AR 72203
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre BlueMedicare Classic (HMO) directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare por Internet, visite www.medicare.gov/ MedicareComplaintForm/ home.aspx .

Dónde enviar una solicitud que requiere que paguemos nuestra parte del costo de atención médica o un medicamento que usted haya recibido

Si ha recibido una factura o pagado servicios (como una factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o pagar la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Solicitudes de pago para atención médica – Información de contacto
CORREO	BlueMedicare Classic (HMO) P.O. Box 3648 Little Rock, AR 72203
SITIO WEB	www.arkbluemedicare.com

Método	Solicitudes de pago para medicamentos con receta médica de la Parte D – Información de contacto
CORREO	BlueMedicare Classic (HMO) Prime Therapeutics (Med D) P.O. Box 20970 Lehigh Valley, PA 18002-0970
SITIO WEB	www.arkbluemedicare.com

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (en ocasiones, denominados “CMS”). Esta agencia tiene un contrato con Organizaciones Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare – Información de contacto
TELÉFONO	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. las 24 horas, los siete días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Medicare – Información de contacto
SITIO WEB	<p data-bbox="483 306 732 338">www.medicare.gov</p> <p data-bbox="483 401 1406 653">Este es el sitio web oficial para Medicare. Te da información actualizada acerca de Medicare y temas actuales de Medicare. También contiene información sobre hospitales, centro de cuidados médicos no especializados, médicos, agencias para el cuidado de la salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directo de su computadora. También puede encontrar información de contacto de Medicare en su estado.</p> <p data-bbox="483 716 1406 821">El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre tu elegibilidad para Medicare y opciones de inscripción, con las siguientes herramientas:</p> <ul data-bbox="532 842 1406 1178" style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: ofrece información sobre el estado de elegibilidad para Medicare.• Buscador de planes de Medicare: proporciona información personalizada acerca de los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (Seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proporcionan una <i>estimación</i> de cuáles podrían ser los costos de desembolso en los diferentes planes de Medicare. <p data-bbox="483 1241 1406 1304">También puede usar el sitio web para informar a Medicare cualquier queja que tenga sobre BlueMedicare Classic (HMO):</p> <ul data-bbox="532 1325 1406 1535" style="list-style-type: none">• Comunique su queja a Medicare: Puede presentar una queja sobre BlueMedicare Classic (HMO) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, ingresa en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio las quejas y usará dicha información para mejorar la calidad del programa Medicare. <p data-bbox="483 1598 1406 1848">Si no tiene computadora, tal vez la biblioteca o el centro de jubilados local puedan facilitarle una para visitar este sitio web. O bien, puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

SECCIÓN 3 Programa de asistencia para seguro médico estatal (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Arkansas, el SHIP se denomina Programa de Información sobre Seguros Médicos para Personas Mayores (Senior Health Insurance Information Program).

El Programa de Información sobre Seguros Médicos para Personas Mayores es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento gratuito sobre seguros médicos locales a personas con Medicare.

Los asesores del Programa de Información sobre Seguros Médicos para Personas Mayores pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, presentar quejas sobre su atención o tratamiento médicos y solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores de dicho programa también pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga en relación con Medicare y a entender sus opciones del plan de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y A OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov
- Haga clic en “**Hablar con alguien**” en el medio de la página de inicio
- Ahora tiene las siguientes opciones
 - Opción n.º 1: Puede chatear en **vivo con un representante de 1-800-MEDICARE.**
 - Opción n.º 2: Puede seleccionar su **STATE (ESTADO)** en el menú desplegable y hacer clic en **GO (IR)**. Esto lo dirigirá a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Programa de Información sobre Seguros Médicos para Personas Mayores (Senior Health Insurance Information Program, SHIP) (Arkansas SHIP): información de contacto
TELÉFONO	1-800-224-6330
TTY	711

Método	Programa de Información sobre Seguros Médicos para Personas Mayores (Senior Health Insurance Information Program, SHIP) (Arkansas SHIP): información de contacto
CORREO	Senior Health Insurance Information Program 1 Commerce Way Little Rock, AR 72202
SITIO WEB	https://insurance.arkansas.gov/pages/consumer-services/senior-health/

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Hay una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada para prestar servicios a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Arkansas, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama KEPRO.

KEPRO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que reciben pagos de Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe contactarse con KEPRO en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Considera que la cobertura para su hospitalización termina demasiado pronto.
- Considera que la cobertura para su atención médica en el hogar, su atención en un centro de enfermería especializada o los servicios de un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) terminan demasiado pronto.

Método	KEPRO (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Arkansas): información de contacto
TELÉFONO	1-888-315-0636
TTY	1-855-843-4776. Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla

Método	KEPRO (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Arkansas): información de contacto
CORREO	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar quienes cumplen los requisitos de inscripción de Medicare y de gestionar el proceso de inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales que tienen 65 años o más, o que tienen una discapacidad o enfermedad renal terminal, y cumplen con determinadas condiciones, son elegibles para Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción a Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar una cantidad adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a sus altos ingresos. Si recibió una carta del Seguro Social donde se le informa que debe pagar una cantidad adicional y tiene preguntas sobre la cantidad, o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que cambió su vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar que se reconsidere esta decisión.

Es importante que llames al Seguro Social si te mudas o si cambias tu dirección postal.

Método	Seguro Social – Información de contacto
TELÉFONO	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Esta línea atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede usar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y resolver algunos asuntos las 24 horas del día.

Método	Seguro Social – Información de contacto
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Esta línea atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa del gobierno federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas que tienen Medicare también son elegibles para Medicaid.

Los programas ofrecidos a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como sus primas mensuales de Medicare. Estos “Programas de Ahorros de Medicare” incluyen lo siguiente:

- **Beneficiario de Medicare Calificado (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda para pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo específico (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona calificada (Qualified Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas calificadas con discapacidades que trabajan (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con el Departamento de Servicios Humanos de Arkansas.

Método	Departamento de Servicios Humanos de Arkansas: información de contacto
TELÉFONO	1-800-482-8988
TTY	1-800-285-1131 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla
CORREO	Arkansas Department of Human Services Donaghey Plaza South P.O. Box 1437, Slot S401 Little Rock, AR 72203-1437
SITIO WEB	https://humanservices.arkansas.gov/

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta

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

Programa “Ayuda Adicional” de Medicare

Medicare brinda “Ayuda Adicional” para pagar los costos de los medicamentos recetados a las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa o automóvil. Si reúne los requisitos, recibirá ayuda para abonar cualquier prima mensual, deducible anual y copagos de los medicamentos recetados del plan de medicamentos de Medicare. Esta “Ayuda Adicional” también se tiene en cuenta para los costos de desembolso.

Si califica automáticamente para la “Ayuda adicional”, Medicare le enviará una carta por correo. No tendrá que presentar una solicitud. Si no califica automáticamente, usted puede obtener “Ayuda adicional” para efectuar sus pagos de primas y pagar los costos de los medicamentos recetados. Para determinar si reúne los requisitos para recibir “Ayuda Adicional”, llame a los siguientes números:

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

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos importantes

- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o a
- su Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes). (Consulte la Sección 6 de este capítulo para ver la información de contacto).

Si considera que usted cumple los requisitos para recibir “Ayuda adicional” y que paga una cantidad incorrecta en concepto de costo compartido cuando obtiene sus medicamentos recetados en la farmacia, nuestro plan tiene un proceso para que solicite asistencia para obtener una constancia de su nivel apropiado de copago o, en caso de que ya la tenga, presentarnos dicha constancia.

- Cualquiera de los siguientes documentos servirá de prueba de que califica para la “Ayuda adicional”. Usted o su farmacéutico, abogado, representante, familiar u otra persona que actúe en su nombre pueden suministrar los documentos. Envíe una copia de cualquiera de estos documentos a la siguiente dirección:

BlueMedicare Classic (HMO)
P.O. Box 3648
Little Rock, AR 72203

1. una copia de su tarjeta de Medicaid que incluya su nombre y la fecha de elegibilidad durante el período discrepante;
 2. una copia de un manual estatal que confirme el estado activo de Medicaid durante un mes posterior a junio del año natural anterior;
 3. una impresión del archivo electrónico de inscripción del estado que muestre la situación de Medicaid durante el período discrepante;
 4. una impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que muestra la situación de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
 5. otra documentación proporcionada por el Estado que demuestre la situación de Medicaid durante un mes posterior a junio del año civil anterior;
 6. una carta de la Administración del Seguro Social que demuestre que usted recibe un ingreso del Seguro Social (Social Security Income, SSI);
- Si está institucionalizado, puede presentar cualquiera de los siguientes medios de prueba:
 1. una remesa del centro que muestre el pago de Medicaid por un mes natural completo para usted durante un mes posterior a junio del año natural anterior;
 2. una copia de un manual estatal que confirme el pago de Medicaid al centro durante un mes natural completo después de junio del año anterior en su nombre;
 3. una impresión de pantalla del sistema estatal de Medicaid que muestre la situación institucional de esa persona basada en una estadía de, al menos, un mes calendario completo para efectos de pago de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;

4. una copia de una Notificación de Acción, Notificación de Determinación o Notificación de Inscripción emitida por el estado que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de elegibilidad de los servicios comunitarios y en el Hogar (Home and Community-Based Services, HCBS) durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
5. una copia de un plan de servicios HCBS aprobado por el estado que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de entrada en vigencia a partir de un mes posterior a junio del año calendario anterior;
6. una copia de una carta de aprobación de autorización previa emitida por el estado para HCBS que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de entrada en vigencia a partir de un mes posterior a junio del año calendario anterior;
7. otra documentación proporcionada por el Estado que demuestre el estado de elegibilidad par HCBS durante un mes posterior a junio del año civil anterior;
8. un manual emitido por el estado, como un aviso de remesa, que confirme el pago de HCBS, incluidos el nombre del beneficiario y las fechas de HCBS.

Si no puede proporcionar una prueba de uno de los manuals indicados anteriormente, deberá ponerse en contacto con el plan llamando al 1-877-349-9335. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro, de lunes a viernes (desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre). Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro, los siete días de la semana. El plan notificará a los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) en su nombre para ayudar a obtener las pruebas.

- Cuando recibamos la constancia que indique su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda abonar el copago correcto la próxima vez que deba obtener su medicamento recetado en la farmacia. Si pagas un excedente de tu copago, te lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por la diferencia, o bien, ajustaremos los copagos futuros. Si la farmacia no te cobró el copago y registra tu copago como deuda tuya, haremos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos pagar directamente al estado. Si tiene preguntas, comuníquese con el Servicio al Cliente.

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia con Medicamentos para Personas con Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?

¿Qué es el Programa de Asistencia con Medicamentos para Personas con Sida (ADAP)?

El Programa de Asistencia con Medicamentos para el Sida (ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que padecen VIH/sida tengan acceso a medicamentos para el VIH que pueden salvarles la vida. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP reúnen los requisitos para la asistencia de participación en los costos de medicamentos recetados a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (Ryan White Program) de Arkansas.

Nota: Para ser elegible para ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluidos una prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos de acuerdo con cómo lo define el estado y la condición de no asegurado/subasegurado. Si cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción local de ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-501-661-2408 o sin cargo al 1-888-499-6544, o visite <https://www.healthy.arkansas.gov/programs-services/topics/ryan-white-program>. O escriba a:

Arkansas Department of Health, HIV/STD/Hepatitis C, ADAP Division
4815 West Markham Street Slot 33
Little Rock, AR 72205

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios

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

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios: información de contacto
TELÉFONO	<p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Si presiona “0”, podrá hablar con un representante de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB), desde las 9:00 a. m. hasta las 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y desde las 9:00 a. m. hasta las 12:00 p. m. los miércoles.</p> <p>Si presiona “1,” puede acceder a la línea de ayuda automática de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los feriados.</p>

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios: información de contacto
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) reciben beneficios de su empleador (o el de su cónyuge) o de un grupo de jubilados como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o al Servicio de Atención al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede consultar sobre el período de inscripción, primas o beneficios de salud para jubilados o del empleador, suyo o de su cónyuge. (Los números telefónicos del Servicio al Cliente están impresos en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare en este plan.

Si tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su grupo empleador o de jubilados (o el de su cónyuge), comuníquese con el **administrador de beneficios de dicho grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarte a determinar cómo funcionará tu cobertura actual de medicamentos con receta médica con nuestro plan.



CAPÍTULO 3:

Cómo usar el plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo obtener su atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo le indica lo que necesita saber sobre cómo usar el plan para obtener su atención médica cubierta. Brinda definiciones de términos y explica las reglas que deberá seguir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos recetados y otros cuidados médicos que están cubiertos por el plan.

Para obtener información sobre qué tipo de atención médica incluye nuestra cobertura y cuánto debe pagar por dicha atención, use el cuadro de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos [lo que tiene cobertura y lo que usted debe pagar]*).

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

- Los “**Proveedores**” son médicos y otros profesionales de atención médica con licencia del estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye a los hospitales y a otros centros de atención de la salud.
- Los “**proveedores de la red**” son médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención de la salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su costo compartido como pago total. Coordinamos que estos proveedores presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos facturan directamente a nosotros por la atención médica que te brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, usted paga únicamente su parte del costo por la atención médica.
- Los “**servicios cubiertos**” incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, equipos y medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios médicos cubiertos para atención médica se incluyen en la tabla de beneficios que aparece en el Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se analizan en el Capítulo 5.

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

Como plan de salud de Medicare, BlueMedicare Classic (HMO) debe cubrir todos los servicios que cubre Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

BlueMedicare Classic (HMO) suele cubrir su atención médica siempre que:

- **La atención que reciba esté incluida en la Tabla de Beneficios Médicos del plan** (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesarios” significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son

Capítulo 3: Cómo usar el plan para sus servicios médicos

necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de práctica médica aceptados.

- **Tengas un médico de atención primaria de la red o PCP que brinde y supervise tu atención.** Como miembro de nuestro plan, debes elegir un médico de atención primaria de la red (para obtener más información sobre esto, consulta la Sección 2.1 en este capítulo).
- **Debe recibir la atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *A continuación, se presentan tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia necesarios que obtenga de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información acerca de este tema y para consultar qué significa servicios de emergencia o de urgencia necesarios, consulte la Sección 2 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que usted normalmente paga dentro de la red. En esta situación, pagará lo mismo que pagarías si recibieras la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre aprobaciones para ver a médicos fuera de la red, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o es inaccesible temporalmente. El costo compartido que usted paga al plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido de Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que se encuentra fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual dentro de la red para diálisis no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido para la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener su atención médica.

Sección 2.1	Debe elegir un proveedor de atención primaria (Primary care provider, PCP) que proporcione y supervise su atención médica
--------------------	--

¿Qué es un “PCP” y qué es lo que hace por usted?

Cuando usted pasa a ser un asegurado de nuestra cobertura, tiene que elegir a un prestador de servicios médicos de la cobertura para que sea su PCP. Si no elige un PCP, le asignaremos uno. Un PCP puede estar incluido en su Directorio de Proveedores como médico de consultorio de medicina familiar, medicina general, médico pediatra, médico geriatra o médico de medicina interna. El médico que elige como su PCP (o que fue asignado como su PCP) es el primer punto de contacto para sus preocupaciones de salud y la persona principal encargada de mantener sus registros médicos. Usted recibe su atención médica básica y de rutina de su PCP. Debido a que su PCP conoce su historia y sus necesidades de atención de la salud, puede determinar cuándo necesita obtener atención de otros proveedores de atención médica (como especialistas y hospitales). Este profesional coordina la atención que usted recibe como miembro de nuestro plan y ayuda a coordinar algunos servicios que necesita.

En algunos casos, su médico de atención primaria, o un especialista u otro proveedor al que usted acuda, deberá obtener nuestra autorización previa (aprobación previa) para determinados tipos de servicios y artículos cubiertos. Consulte el Capítulo 4 de este documento para conocer los servicios y artículos que requieren autorización previa.

¿Cómo elige a su PCP?

Rellene su formulario de inscripción a BlueMedicare Classic (HMO), hay una sección en la que debe indicar su selección de un PCP. Recuerde: Si en su formulario de inscripción no elige un PCP, se le asignará uno. Para obtener ayuda en la elección de su PCP, llame al Servicio al Cliente al 1-877-349-9335. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro, de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). Del 1.º de octubre al 31 de marzo, nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro, los siete días de la semana.

Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar su PCP en cualquier momento y por cualquier motivo. Además, es posible que su PCP pueda dejar nuestra red de proveedores del plan y tendría que buscar un PCP nuevo.

Puede cambiar su PCP llamando al Servicio al Cliente al 1-877-349-9335. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro, de lunes a viernes (desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre). Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro, los siete días de la semana. Si llama al Servicio al Cliente, asegúrese de indicarnos si está recibiendo servicios cubiertos que necesitan la aprobación de su PCP (como los servicios de rehabilitación cardíaca y ciertos tipos de equipos médicos duraderos). Nos

Capítulo 3: Cómo usar el plan para sus servicios médicos

aseguraremos de que pueda continuar con los servicios que ha estado recibiendo cuando cambie a un nuevo PCP. También comprobaremos que el PCP al que desea cambiar acepta nuevos pacientes.

Si recibimos una solicitud de cambio de su PCP, el cambio será efectivo dentro de las 48 horas siguientes a la recepción de la solicitud.

Sección 2.2	Cómo obtener atención de especialistas y de otros proveedores de la red
--------------------	--

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad o una parte del cuerpo específica. Existen muchas clases de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Oncólogos, que brindan atención a los pacientes con cáncer.
- Cardiólogos, que brindan atención a los pacientes con afecciones cardíacas.
- Ortopedistas, que brindan atención a los pacientes con ciertas afecciones de los huesos, las articulaciones o los músculos.

No se requiere una derivación de su PCP para obtener atención de especialistas y otros proveedores de atención de la salud.

Es posible que se necesite autorización previa para ciertos servicios (consulte el Capítulo 4 para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa). Se puede obtener autorización del plan. Usted o su proveedor, incluido un proveedor no contratado, pueden preguntarle al plan antes de que se preste un servicio si el plan lo cubrirá. Usted o su proveedor pueden solicitar que esta determinación se realice por escrito. Este proceso se denomina determinación avanzada. Si decidimos que no cubriremos sus servicios, usted o su proveedor tienen derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. El Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) contiene más información sobre qué debe hacer si desea que nosotros tomemos una decisión de cobertura o si desea apelar una decisión que ya hayamos tomado.

Si no tiene una determinación anticipada, también puede obtener la autorización de un proveedor de la red que remita a un miembro a un especialista fuera de la red del plan para un servicio; siempre y cuando el servicio no siempre esté excluido explícitamente de la cobertura del plan, como se analiza en el Capítulo 4.

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

Podríamos hacer cambios a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Realizaremos un esfuerzo de buena fe por proporcionar un aviso de, al menos, 30 días en el que se indicará que su proveedor se retirará de nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar uno nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitarlo y trabajaremos con usted para asegurarnos de que el tratamiento médicamente necesario que esté recibiendo no se interrumpa.
- Si nuestra red no tiene un especialista calificado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio al costo compartido de la red.
- Si descubre que su médico o su especialista se retirarán del plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja de calidad de atención a la QIO, una queja formal de calidad de atención al plan, o ambos. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.3	Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red
--------------------	---

Normalmente, debe recibir atención de proveedores de la red para que el plan cubra su atención. Las únicas excepciones serían la atención de emergencia, los servicios de urgencia y la diálisis renal. (Consulte la siguiente sección para obtener más información sobre la atención de emergencia y los servicios de urgencia). Si necesita atención especializada que los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar, cubriremos la atención cuando la reciba de un proveedor fuera de la red. **TENGA EN CUENTA:** antes de recibir atención especializada fuera de nuestra red, su PCP debe obtener la autorización del plan para usted.

SECCIÓN 3 **Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia médica o una necesidad de atención médica de urgencia o durante un desastre**

Sección 3.1 Cómo obtener atención cuando tiene una emergencia médica

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer si le sucede?

Una “**emergencia médica**” es cuando usted o cualquier otra persona prudente con conocimiento medio de salud y medicina considera que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la muerte, (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

En caso de que se enfrente a una emergencia médica, haga lo siguiente:

- **Recibe ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia, en caso de ser necesario. *No* es necesario que obtenga la aprobación ni la derivación de su PCP. No es necesario que use un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red. Esto incluye si viaja al extranjero.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado de su emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de su atención de emergencia. Usted, u otra persona, deben llamar para informarnos su atención de emergencia, en general, dentro de las 48 horas. Llame al 1-877-349-9335. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro, de lunes a viernes (desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre). Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro, los siete días de la semana.

¿Qué se encuentra cubierto si tiene una emergencia médica?

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán cuándo su condición es estable y cuándo ha finalizado la emergencia médica.

Después de que la emergencia se termine usted tiene derecho a una atención de seguimiento para estar seguro que su afección continúe siendo estable. Sus médicos continuarán brindándole tratamiento hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para recibir atención adicional. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan.

Si su atención de emergencia es brindada por proveedores fuera de la red, intentaremos que sus proveedores de la red se hagan cargo de su atención apenas lo permitan su afección médica y las circunstancias.

¿Qué sucede si no se trataba de una emergencia médica?

En ocasiones, puede resultar difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, podría recurrir a atención de emergencia (pensando que su salud corre grave peligro) y el médico puede decirle que, después de todo, no se trataba de una emergencia médica. Si, finalmente, no se trataba de una emergencia, cubriremos su atención, siempre que usted haya considerado, razonablemente, que su salud corría grave peligro.

Sin embargo, una vez que el médico determine que *no* se trató de una emergencia, por lo general *únicamente* cubriremos la atención adicional si usted la obtiene a través de alguna de estas dos maneras:

- Acude a un proveedor de la red para recibir atención adicional.
- *O bien* si la atención adicional que recibe se considera “servicios de urgencia” y sigue las reglas para recibir estos servicios (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2	Cómo obtener atención en caso de servicios por necesidad de urgencia
--------------------	---

¿Qué son “servicios de urgencia necesarios”?

Un servicio de urgencia es una situación que no es de emergencia que requiere atención médica inmediata, pero dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia prestados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son 1) dolor de garganta intenso que ocurre durante el fin de semana o 2) una exacerbación imprevista de una afección conocida cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

Si necesita atención de urgencia y busca un proveedor de atención de urgencia dentro de la red, puede usar la herramienta Find a doctor (Buscar un médico) en nuestro sitio web en www.arkbluemedicare.com. El Servicio al Cliente también puede ayudarlo a localizar un proveedor de la red cerca de usted. Puede ponerse en contacto con nosotros llamando al 1-877-349-9335. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro, de lunes a viernes (desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre). Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro, los siete días de la semana.

Nuestro plan cubre los servicios de atención de urgencia y emergencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos. Para más información sobre la cobertura de los servicios de atención de

urgencia y emergencia fuera de Estados Unidos, consulte el Capítulo 4. No cubrimos el transporte en ambulancia fuera de los Estados Unidos o sus territorios.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

Visite el siguiente sitio web: www.arkbluemedicare.com si necesita información sobre cómo obtener la atención necesaria durante una situación de desastre.

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con un costo compartido dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos

Si usted ha pagado más de su costo compartido del plan por servicios cubiertos o si ha recibido una factura por el costo completo de servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

BlueMedicare Classic (HMO) cubre todos los servicios médicamente necesarios según se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted también paga el costo total de los servicios que reciba después de haber usado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio con cobertura. Estos costos adicionales no se tendrán en cuenta para el desembolso directo máximo anual.

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

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

Un estudio de investigación clínica (también denominado “ensayo clínico”) es uno de los métodos que emplean los médicos y los científicos para probar nuevos tipos de atención médica, como, por ejemplo, qué tan efectiva es un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio y usted manifieste interés, alguien que trabaje en el estudio lo contactará para explicarle más sobre el estudio y ver si cumple los requisitos de los científicos que dirigen el estudio. Usted puede participar en el estudio siempre que cumpla con los requisitos del estudio y comprenda y acepte completamente lo que implica participar en éste.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original pagará la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos informa que está participando en un ensayo clínico calificado, solo es responsable de los costos compartidos dentro de la red para los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de participación en los costos de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y la participación en los costos dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó. Cuando participe en un estudio de investigación clínica, puede seguir estando inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo a través de nuestro plan el resto de su atención (la atención no relacionada con el estudio).

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener informarnoslo u obtener aprobación de nuestra parte ni de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le brindan la atención como parte del estudio de investigación clínica sean parte de la red de proveedores de nuestro plan.

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

Si usted participa en un estudio que Medicare *no* haya aprobado, *deberá pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada gasto?
--

Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, que incluyen:

Capítulo 3: Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Habitación y alimentación para una hospitalización que Medicare pagaría incluso si no estuviera participando en un estudio.

Una operación u otro procedimiento médico que son parte del estudio de investigación.

El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que surjan del nuevo método de atención.

Después de que Medicare haya pagado su parte de los costos de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio que pagaría si los recibiera de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que demuestre cuánto costo compartido pagó. Para obtener más información acerca de cómo presentar las solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

Este es un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: Supongamos que se hace un análisis de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Digamos también que su parte del costo para este examen es de \$20 bajo Original Medicare, pero que bajo los beneficios de nuestro plan sería de solo \$10. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría el copago de \$20 requerido según Original Medicare. Luego, debe notificar a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y presentar documentación como una factura del proveedor al plan. Luego, el plan le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, la misma cantidad que pagaría en virtud de los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, debe presentar documentación a su plan, como una factura de proveedor.

Si participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán lo siguiente:**

Por lo general, Medicare *no* pagará el nuevo artículo ni servicio que se esté probando en el estudio, salvo en los casos en que Medicare cubriría el artículo o el servicio incluso si usted *no* estuviera participando en un estudio.

Los artículos o los servicios que se proporcionen únicamente para recopilar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.

¿Desea obtener más información?

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

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una “institución religiosa no médica de atención de la salud”

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

Una institución religiosa no médica de atención de la salud es un establecimiento que brinda atención para una afección que, normalmente, sería tratada en un hospital o un centro de enfermería especializada. Si obtener atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, en su lugar le brindaremos cobertura para atenderse en una institución religiosa no médica de atención de la salud. Este beneficio se proporciona únicamente para servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios no médicos de atención de la salud).

Sección 6.2	Recibir atención de una institución religiosa no médica de atención de la salud
--------------------	--

Para recibir atención de una institución religiosa no médica de atención de la salud, debe firmar un documento legal donde declare que se opone conscientemente a recibir un tratamiento médico “no exceptuado”.

Atención o tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier atención o tratamiento médico que es *voluntario* y que *no es exigido por* ninguna ley federal, estatal ni local.

El tratamiento médico “exceptuado” es la atención o el tratamiento médico que usted recibe, que *no* es voluntario o *que es exigido* en virtud de las leyes federales, estatales o locales.

Para que la atención que recibe de una institución religiosa no médica de atención de la salud esté cubierta por nuestro plan, debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de los servicios de nuestro plan que usted recibe está limitada a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le proporcionan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debes tener una afección médica que te permita recibir los servicios cubiertos para atención médica para pacientes hospitalizados o en centros de enfermería especializada.
 - Y debes obtener aprobación de nuestro plan antes de ser hospitalizado en el centro o esta hospitalización no tendrá cobertura.

Nuestro plan tiene límites de cobertura para estos servicios. Son los mismos límites que se aplican a todos los demás servicios cubiertos. Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1	¿Será propietario del equipo médico duradero después de hacer cierta cantidad de pagos en virtud de nuestro plan?
--------------------	--

El equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) incluye artículos como equipo y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitados por un proveedor para uso en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección se analizan otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan cierto tipo de DME pasan a ser propietarias del equipo después de hacer copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de BlueMedicare Classic (HMO), no adquirirá la propiedad de los artículos de DME alquilados, sin importar cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME bajo Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

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

Si no adquirió la propiedad del artículo de DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiar a Original Medicare para adquirir la propiedad del artículo. Los pagos realizados mientras está inscrito en su plan no cuentan.

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

Ejemplo 2: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Original Medicare. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que se inscriba de nuevo en Original Medicare. Ningún pago anterior (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) cuenta.

Sección 7.2	Reglas para los equipos de oxígeno, sus suministros y el mantenimiento
--------------------	---

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, BlueMedicare Classic (HMO) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para la entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno

Si abandona BlueMedicare Classic (HMO) o ya no necesita a nivel médico el equipo de oxígeno, este se debe devolver al propietario.

¿Qué sucede si deja su plan y regresa a Original Medicare?

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

CAPÍTULO 4:

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

SECCIÓN 1 Información para comprender sus costos de desembolso por servicios cubiertos

Este capítulo tiene una Tabla de beneficios médicos, que presenta una lista de los servicios cubiertos y le indica cuánto pagará como miembro de BlueMedicare Classic (HMO) por cada servicio cubierto. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites aplicables a ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos de desembolso que puede tener que pagar por sus servicios cubiertos
--

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos de desembolso directo que posiblemente pague por sus servicios cubiertos.

- Un “**copago**” es la cantidad fija que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Paga un copago cada vez que recibe el servicio médico. (El Cuadro de beneficios médicos de la Sección 2 le informa más sobre sus copagos).
- El “**coseguro**” es el porcentaje que a usted le corresponde pagar del costo total de ciertos servicios médicos. Paga un coseguro cada vez que recibe el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2 brinda más información acerca del coseguro).

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para Medicaid o para el programa de Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos o coseguro. Asegúrese de mostrar su constancia de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde.

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

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en la cantidad total que tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina monto máximo de desembolso directo (maximum out-of-pocket, MOOP) para servicios médicos. Para el año calendario 2023, este monto es de **\$5,000 (Plan 001)**, **\$6,000 (Plan 002)** y **\$5,800 (Plan 003)**.

Los montos que paga por los copagos y el coseguro para los servicios cubiertos por el plan dentro de la red se contemplan para este monto máximo de gasto de bolsillo. Las cantidades que pague por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para la cantidad máxima de desembolso. Además, las cantidades que paga por algunos servicios no cuentan para su cantidad máxima de desembolso. Estos servicios están marcados con un signo más (+) en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza el monto del desembolso máximo de **\$5,000 (Plan 001)**, **\$6,000 (Plan 002)** y **\$5,800 (Plan 003)**, no tendrá que hacer ningún desembolso directo durante el resto

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

del año por los servicios dentro la red cubiertos. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3	Nuestro plan no permite que los proveedores le presenten una “facturación de saldo”
--------------------	--

Como miembro de BlueMedicare Classic (HMO), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar su monto de costos compartidos cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden añadir cargos adicionales por separado, llamados “facturación de saldo”. Esta protección rige incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos determinados cargos de proveedores.

A continuación se explica cómo funciona esta medida de protección.

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo en dólares, por ejemplo, \$15.00), entonces paga solo ese monto por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca pagará más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende de qué tipo de proveedor consulte:
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se especifica en el contrato suscrito entre el proveedor y el plan).
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor que participa con Medicare y que no pertenece a la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando recibe una derivación, o para emergencias o servicios que se necesitan con urgencia).
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor que no participa con Medicare y que no pertenece a la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando recibe una derivación, o para emergencias o servicios que se necesitan con urgencia).
- Si cree que un proveedor le ha “facturado el saldo”, llame al Servicio al Cliente.

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de Beneficios Médicos* para averiguar qué servicios tiene cubiertos y cuánto tendrá que pagar

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos detalla los servicios que cubre BlueMedicare Classic (HMO) y lo que debe pagar usted como desembolso directo por cada servicio. La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios incluidos en la lista de la Tabla de Beneficios Médicos son cubiertos únicamente si se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

Los servicios cubiertos por Medicare deben proporcionarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.

Sus servicios (incluyendo atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. “Necesario desde el punto de vista médico” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica, y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Usted recibe su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de atención de emergencia o de urgencia, o a menos que su plan o un proveedor de la red le hayan proporcionado una derivación. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados.

Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que le está brindando atención y la está supervisando.

Algunos de los servicios detallados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico o los demás proveedores de la red obtienen aprobación por adelantado (esto suele denominarse “autorización previa”) de nuestra parte. Los servicios cubiertos que requieren aprobación por adelantado están marcados en cursiva en la Tabla de beneficios médicos.

Otras cosas importantes que debes saber sobre nuestra cobertura:

Igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que Original Medicare incluye. Por algunos de estos beneficios, pagas *más* en nuestro plan de lo que pagarías con Original Medicare. Por otros, pagas *menos*. (Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2023* (Medicare y usted 2023). Revíselo por Internet en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

En el caso de todos los servicios de prevención que con cobertura sin costo con Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

tratamiento o control por una afección médica existente durante la visita en que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para la afección médica existente.

Si Medicare extiende la cobertura para nuevos servicios durante 2023, estos servicios serán cubiertos por Medicare o por nuestro plan.

Información importante sobre beneficios para miembros inscritos que tiene ciertas afecciones crónicas

- Si le han diagnosticado la(s) siguiente(s) afección(es) crónica(s) identificada(s) a continuación y cumple con ciertos criterios médicos, usted puede ser elegible para los beneficios complementarios especiales para las personas con una enfermedad crónica.
 - o Diabetes
 - o Enfermedad de las arterias coronarias (Coronary Artery Disease, CAD)
 - o Accidente cerebrovascular
 - o Cáncer bucal
 - o Cánceres de cabeza y cuello
 - o Síndrome de Sjögren
- Vaya a la fila “Beneficios complementarios especiales para las personas con una enfermedad crónica” en la Tabla de beneficios médicos a continuación para obtener más detalles.
- Póngase en contacto con nosotros para saber exactamente para qué beneficios puede ser elegible.




Verás esta manzana junto a los servicios preventivos en el Cuadro de beneficios.

Cuadro de beneficios médicos

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Línea telefónica de enfermería disponible las 24 horas del día</p> <p>Asesoramiento telefónico gratuito y consejos de enfermería por parte de clínicos formados. La línea de asesoramiento de enfermería está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana, para ayudar en cuestiones relacionadas con la salud. Los miembros pueden acceder a la línea de asesoramiento de enfermería llamando al 1-800-318-2384 (TTY: 711).</p>	<p>Dentro de la red: copago de \$0 por cada llamada.</p>




Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Un solo examen de ultrasonido para las personas en riesgo. El plan solo cubre este examen de detección si tiene ciertos factores de riesgo y si su médico, asistente médico, enfermera especializada o especialista en enfermería clínica le da una derivación para ello.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para los asegurados elegibles para este examen preventivo.</p>
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios médicos cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>Para los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dura 12 semanas o más. • no es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado a una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • que no está asociado a cirugías; y • que no está asociado con embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o retrocede.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (según se define en la sección 1861 [r] [1] de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar tratamiento de acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales correspondientes.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga el costo compartido que se aplica a los servicios de atención primaria o a los servicios de atención especializada (según se indica en la categoría de servicio correspondiente en esta tabla de beneficios) según si recibe servicios de un proveedor de atención primaria o especialista.</p>




Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación)</p> <p>Los auxiliares médicos (PA), enfermeros profesionales (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (como se define en la sección 1861 [aa] [5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar tratamiento de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales correspondientes y poseen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una maestría o un doctorado en acupuntura o medicina oriental otorgado por una escuela con acreditación de la Comisión de Certificación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras reglamentaciones establecidas en los artículos 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).</p>	
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen los servicios de ambulancia aérea (avión o helicóptero) y terrestre hasta el centro más cercano que pueda ofrecer la atención, si son brindados a un miembro cuya afección médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan. • El transporte que no sea de emergencia en ambulancia se considera apropiado si se documenta que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte pondrían en peligro la salud de la persona y el transporte en ambulancia es necesario desde el punto de vista médico. 	<p>Dentro de la red:</p> <p>\$265 de copago por cada viaje de ida cubierto por Medicare a través de ambulancia terrestre.</p> <p>Coseguro del 20 % por cada viaje de ida cubierto por Medicare a través de ambulancia aérea.</p>


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>+Examen físico anual</p> <p>Además de la Visita Anual de Bienestar o el examen físico de “Bienvenida a Medicare”, usted está cubierto para el siguiente examen una vez al año:</p> <p>evaluación médica exhaustiva, que incluya una historia clínica apropiada para la edad y el sexo, un examen y asesoramiento/orientación anticipada/intervenciones para la reducción de los factores de riesgo.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para el examen físico anual.</p>
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si tuvo la Parte B durante más de 12 meses, puedes ir a una visita anual de bienestar para elaborar o actualizar un plan de prevención personalizado según tu estado de salud y tus factores de riesgo actuales. Esto está cubierto una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: La primera visita anual de bienestar no se puede hacer en un plazo de 12 meses posteriores a la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Sin embargo, no tiene que haber asistido a una visita de “Bienvenida a Medicare” para recibir cobertura para las visitas anuales de bienestar después de tener la Parte B por 12 meses.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>No hay coaseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.</p>
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Para las personas que califican (en general, significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de padecer osteoporosis), se cubren los siguientes servicios cada 24 meses o con más frecuencia si lo indica el médico: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea, o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación médica de los resultados.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>No hay coaseguro, copago ni deducible para la medición de masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios médicos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses. 	<p>Dentro de la red:</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas por Medicare.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con ciertas condiciones con la orden de un médico. Nuestro plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensivos que generalmente son más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p><i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$40 por servicios de rehabilitación cardíaca, cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$60 por servicios de rehabilitación cardíaca intensiva, cubiertos por Medicare.</p>
<p> Visita de reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedad cardiovascular)</p> <p>El plan cubre una visita anual a su médico de atención primaria que tenga por fin disminuir el riesgo de que sufra una enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, es posible que el médico le hable sobre el uso de aspirina (si es adecuado), le mida la presión arterial y le dé consejos para asegurarse de que está comiendo de forma saludable.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo del tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas a un riesgo elevado de sufrir enfermedades cardiovasculares) una vez cada cinco (5) años (60 meses).</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares cubiertas una vez cada cinco años.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino</p> <p>Los servicios médicos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si tiene un riesgo alto de padecer cáncer vaginal o de cuello uterino, o si está en edad fértil y obtuvo un resultado anormal en la prueba de Papanicolaou dentro de los últimos tres años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. 	<p>Dentro de la red:</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios médicos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos solo la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones. 	<p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$15 para cada visita quiropráctica cubierta por Medicare.</p>
<p> Pruebas de detección del cáncer colorrectal</p> <p>Para las personas de 50 años y más, se cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o estudio con enema de bario, como alternativa) cada 48 meses <p>Una de las siguientes opciones cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de sangre oculta en heces basada en guayacol (Guaiac-based fecal occult blood test, gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (Fecal immunochemical test, FIT) <p>Examen de detección de cáncer colorrectal basado en ADN cada tres años</p> <p>Para las personas con riesgo alto de padecer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia (o estudio con enema de bario, como alternativa) cada 24 meses <p>Para las personas sin riesgo alto de padecer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia 	<p>Dentro de la red:</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada enema de bario cubierto por Medicare.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare.</p> <p>Los servicios dentales cubiertos por Medicare incluyen: cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales, y extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos con radiación para una enfermedad neoplásica maligna.</p> <p>+También está cubierto por los beneficios dentales complementarias que no cubre Original Medicare. Estos beneficios se explican por separado en las páginas siguientes.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$40 por servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>Consulte la explicación de los costos compartidos de los beneficios dentales complementarios en las páginas siguientes.</p>
<p>+Cobertura dental de rutina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En general, los servicios dentales preventivos y de rutina no están cubiertos por Original Medicare. Nuestro beneficio dental complementario ofrece cobertura para los servicios dentales que se describen en detalle a continuación. • Cualquier servicio que no se describe a continuación NO está cubierto. • Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, visite www.arkbluemedicare.com. • Si tiene otras preguntas o necesita más información, llame al 1-888-223-4999 (TTY: 711) o visite www.arkbluemedicare.com. <p>Monto máximo anual: \$2,000</p> <ul style="list-style-type: none"> • una vez agotado el máximo anual, los gastos restantes son su responsabilidad. <p>Deducible anual: \$0</p> <p>Cómo usar este Cuadro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Códigos de la American Dental Association (ADA) (Asociación Dental Americana): Los procedimientos dentales cubiertos se describen en el código de la ADA. Estos códigos son utilizados por los dentistas para presentar reclamos dentales. Las categorías facilitan las referencias. • Procedimiento dental: descripción del código del procedimiento dental. • Frecuencia: qué tan seguido nuestro plan cubrirá el procedimiento dental. • Limitaciones: condiciones en las que nuestro plan cubrirá o no el procedimiento. • Costo compartido: lo que usted pagará (copago o coseguro). 	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted			Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Código de la ADA	Procedimiento dental	Frecuencia	Limitaciones	Costo compartido
Exámenes				
D0120	Examen bucal periódico	2 evaluaciones por 12 meses consecutivos (combinado con D0150, máximo de 2).	Cubre los exámenes bucales periódicos, limitados, exhaustivos y detallados/extensivos. No cubre los exámenes periodontales independientes de los exámenes periódicos, limitados o exhaustivos. Solo se cubre 1 código de examen por cita.	Dentro de la red: copago de \$0
D0150	Examen bucal exhaustivo, paciente nuevo o establecido	1 por vida por dentista.		
Radiografías				
D0210	Intrabucal, serie completa de radiografías	1 juego cada 36 meses consecutivos.	Cubre las series completas de radiografías intrabucales. No cubre las tomografías computarizadas, los cefalogramas ni las resonancias magnéticas.	Dentro de la red: Copago de \$0
D0220	Intrabucal, primera radiografía periapical	Según sea necesario, pero se incluyen en el límite de 1 juego por 12 meses consecutivos.		
D0230	Imagen periapical intrabucal, cada imagen radiográfica adicional			
D0240	Intrabucal, imagen radiográfica oclusal			

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted		Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios		
D0270	Radiografía de mordida, una imagen radiográfica	1 conjunto por 12 meses consecutivos Cualquiera de estos códigos constituye un conjunto de radiografías de aleta de mordida.	No se cubre en el mismo año que un juego de radiografías de toda la boca (D0210).	Dentro de la red: Copago de \$0
D0272	Radiografías de mordida, 2 imágenes radiográficas			
D0273	Radiografías de mordida, 3 imágenes radiográficas			
D0274	Radiografías de mordida, 4 imágenes radiográficas			
D0277	Radiografías de mordida verticales, de 7 a 8 imágenes radiográficas			
D0330	Imagen radiográfica panorámica	1 juego cada 36 meses consecutivos.	Cubre radiografías panorámicas. No cubre las tomografías computarizadas, los cefalogramas ni las resonancias magnéticas.	Dentro de la red: Copago de \$0
Limpiezas				
D1110	Profilaxis – adultos	2 por 12 meses consecutivos (límite combinado para D1110/D4910).	Cubre la profilaxis para adultos. No se cubre el mismo día que D4910 o D4355.	Dentro de la red: Copago de \$0

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted		Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios		
Servicios de restauración (empastes)				
D2140	Amalgama: 1 superficie, primaria o permanente	1 restauración cada 12 meses consecutivos de estos códigos.	Cubre los empastes de amalgama y de resina compuesta. No cubre los empastes de lámina de oro, los sellantes ni las restauraciones preventivas de resina.	Dentro de la red: 50% de coaseguro
D2150	Amalgama: 2 superficies, primarias o permanentes			
D2160	Amalgama: 3 superficies, primarias o permanentes			
D2161	Amalgama, 4 caras o más, primario o permanente			
D2330	Composite a base de resina, 1 cara, anterior			
D2331	Composite a base de resina, 2 caras, anterior			
D2332	Composite a base de resina, 3 caras, anterior			
D2335	Composite a base de resina, 4 caras o más, o que incluya el ángulo incisivo (anterior)			
D2391	Composite a base de resina, 1 cara, posterior			

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted		Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios		
D2392	Composite a base de resina, 2 caras, posterior			
D2393	Composite a base de resina, 3 caras, posterior			
D2394	Composite a base de resina, 4 caras o más, posterior			
Periodoncia (raspado y alisado radicular)				
D4341	Alisado radicular y eliminación del sarro periodontal: 4 o más piezas dentales por cuadrante	1 procedimiento por cuadrante cada 24 meses consecutivos, sin superar 4 cuadrantes únicos cada 24 meses consecutivos.	Se cubre cuando la pérdida de hueso se muestra en las radiografías además de la acumulación de sarro registrada y la formación de bolsas en las encías suficientes para justificar una limpieza profunda.	Dentro de la red: 50% de coaseguro
D4342	Alisado radicular y eliminación del sarro periodontal: de 1 a 3 veces por cuadrante			
D4355	Limpieza quirúrgica de toda la boca para permitir una evaluación y un diagnóstico completos	1 por cada 36 meses consecutivos (no debe completarse el mismo día que el D0150).	Se utiliza cuando hay una gran acumulación que debe ser eliminada para realizar un examen. No puede realizarse el mismo día que una limpieza dental (D1110 o D4910).	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted			Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios	
D4910	Mantenimiento periodontal	2 por 12 meses consecutivos (límite combinado para D1110/D4910).	Solo se cubre con un historial de eliminación de sarro y alisado radicular (limpieza profunda) o cirugía periodontal.	
Ajuste, reparación y recubrimiento de dentaduras				
D5410	Ajuste de dentadura completa, maxilar	2 por cada 12 meses consecutivos (D5410, D5411, D5421 y D5422).	Cubre los ajustes de dentaduras completas o parciales.	Dentro de la red: \$20 de copago
D5411	Ajuste de dentadura completa, maxilar inferior			
D5421	Ajuste de dentadura parcial, maxilar			
D5422	Ajuste de dentadura parcial, maxilar inferior			

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted			Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios	
D5611	Reparación de la base de la dentadura de resina, maxilar inferior	2 por cada 12 meses consecutivos (D5611, D5612, D5621, D5622, y D5630). Solo 2 reparaciones de la dentadura por 12 meses consecutivos con un total de hasta 5 en 60 meses consecutivos (no se cubren dentro de los 6 meses de la colocación).	Cubre las reparaciones de la estructura o de la base de resina de la dentadura completa o parcial, reparación o sustitución de los ganchos rotos. No se puede facturar dentro de los 6 meses siguientes a la entrega de la nueva dentadura parcial o nueva dentadura.	Dentro de la red: 50% de coaseguro
D5612	Reparación de la base de la dentadura de resina, maxilar			
D5621	Reparación de la estructura de metal, maxilar			
D5622	Reparación de la estructura de metal, maxilar inferior			
D5630	Reparación o reemplazo de un gancho roto			
D5730	Revestimiento de la dentadura maxilar completa (consultorio)	1 superior y 1 inferior en un periodo de 36 meses consecutivos.	Cubre los revestimientos de dentaduras completas o parciales. No se puede facturar dentro de los 6 meses siguientes a la entrega de la nueva dentadura parcial o nueva dentadura.	Dentro de la red: 50% de coaseguro
D5731	Revestimiento de la dentadura maxilar inferior completa (consultorio)			
D5740	Revestimiento de la dentadura maxilar parcial (consultorio)			
D5741	Revestimiento de la dentadura maxilar inferior parcial (consultorio)			



Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted		Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios		
D5750	Revestimiento de la dentadura maxilar completa (laboratorio)			
D5751	Revestimiento de la dentadura maxilar inferior completa (laboratorio)			
D5760	Revestimiento de la dentadura maxilar parcial (laboratorio)			
D5761	Revestimiento de la dentadura maxilar inferior parcial (laboratorio)			
Extracciones y procedimientos de cirugía bucal				
D7140	Extracción de una pieza dental permanente erupcionada o raíz expuesta (elevación o extracción con fórceps)	Hasta 2 por 12 meses consecutivos (para una pieza dental permanente erupcionada o una raíz expuesta) – incluye anestesia local, sutura y cuidados posoperatorios de rutina.	Cubre la extracción de una pieza dental permanente erupcionada o raíces expuestas.	Dentro de la red: \$20 de copago


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
Exclusiones:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Servicios dentales realizados por un dentista fuera de la red si su plan no tiene cobertura fuera de la red. 2. Servicios dentales que no son necesarios. 3. Hospitalización u otros cargos del centro. 4. Cualquier procedimiento dental realizado únicamente por razones cosméticas o estéticas. 5. Cualquier procedimiento dental no asociado directamente a una enfermedad dental. 6. Cualquier procedimiento que no se realice en un entorno dental. 7. Cirugía reconstructiva de cualquier tipo, incluida la cirugía reconstructiva relacionada con una enfermedad dental, lesión o anomalía congénita. 8. Procedimientos que se consideran experimentales, de investigación o no probados. Esto incluye regímenes farmacológicos no aceptados por el Consejo de Terapéutica Dental de la Asociación Dental Estadounidense (American Dental Association Council). El hecho de que un servicio, tratamiento, dispositivo o régimen farmacológico experimental, de investigación o no probado sea el único tratamiento disponible para una afección particular no dará lugar a la cobertura si el procedimiento se considera experimental, de investigación o no probado en el tratamiento de esa afección particular. 9. Servicio para lesiones o afecciones cubiertas por las leyes de compensación de los trabajadores o de responsabilidad del empleador, y servicios que se prestan sin costo para las personas cubiertas por cualquier municipio, condado u otra subdivisión política. Esta exclusión NO se aplica a ningún servicio cubierto por Medicaid o Medicare. 10. Los gastos por procedimientos dentales iniciados antes de que la persona cubierta sea elegible para el plan. 11. Los servicios odontológicos prestados (incluidos los servicios odontológicos cubiertos de otro modo) después de la fecha de finalización de la cobertura individual de la póliza, incluidos los servicios odontológicos por afecciones dentales surgidas antes de la fecha de finalización de la cobertura individual de la póliza. 12. Los servicios prestados por un proveedor que tenga la misma residencia legal que una persona cubierta o que sea un miembro de la familia de la persona cubierta, incluidos el cónyuge, el hermano, la hermana, el padre o el hijo. 13. Cargos por no acudir a una cita programada sin avisar a la clínica dental con 24 horas de antelación. 14. Cualquier servicio que no se haya mencionado anteriormente no está cubierto. 	
<p>Exención de responsabilidad: Los planes de tratamiento y los procedimientos dentales recomendados pueden variar. Hable con su dentista sobre las opciones de tratamiento, los riesgos, los beneficios y las tarifas. La Asociación Dental Americana publica anualmente los cambios del código CDT. Los códigos de procedimiento pueden ser modificados durante el año del plan de acuerdo con la interrupción de ciertos códigos dentales.</p>	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de depresión</p> <p>Brindamos cobertura para un examen de detección de depresión al año. El examen debe ser llevado a cabo en un centro de atención primaria que pueda brindar tratamiento de control y/o derivar a otros médicos.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible por una consulta anual para una prueba de detección de depresión.</p>
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>Cubriremos este análisis de detección (incluye prueba de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de nivel elevado de azúcar en sangre (glucosa). También se puede brindar cobertura para estas pruebas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso o antecedentes de diabetes en la familia.</p> <p>Dependiendo de los resultados de estas pruebas, puede que tenga derecho a hasta dos exámenes de detección de la diabetes cada 12 meses.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Servicios, suministros y capacitación para el automanejo de la diabetes</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios médicos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para medir la glucosa en sangre, dispositivos de lanceta y lancetas, soluciones para el control de la glucemia para controlar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para las personas con diabetes que tienen pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas provistas con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles que no sean a medida provistas con estos zapatos) por año calendario. La cobertura incluye la adaptación del calzado. • En determinadas circunstancias, la capacitación para el automanejo de la diabetes está cubierta. <p>Lifescan (es decir, OneTouch) y Ascensia (es decir, Contour) son los fabricantes preferidos de medidores, tiras reactivas y lancetas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las tiras reactivas se limitan a 204 cada 31 días. <p>Dexcom y Freestyle Libre son los fabricantes preferidos de los monitores de glucosa continuos (Continuous Glucose Monitors, CGM).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los CGM se limitan a uno por año. <p><i>Es posible que se requiera autorización previa para zapatos o plantillas terapéuticas para diabéticos y CGM.</i></p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0 por servicios y suministros para diabéticos preferidos cubiertos por Medicare cuando se obtienen a través de una farmacia de la red.</p> <p>Coseguro del 20 % para zapatos o plantillas terapéuticas para diabéticos con cobertura de Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada capacitación de autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.</p>


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3, Sección 7 de este documento).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: Sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Brindamos cobertura para todo el DME médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su zona no trabaja con una marca o fabricante particular, puede solicitarle que haga un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores se encuentra disponible en nuestro sitio web en www.arkbluemedicare.com.</p> <p><i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>	<p>Dentro de la red: Coseguro del 20 % para equipos médicos duraderos con cobertura de Medicare.</p> <p>Sus costos compartidos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare son un coseguro del 20 %, todos los meses durante 36 meses.</p> <p>Original Medicare exige que un proveedor de oxígeno le proporcione servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento sin ningún costo para usted (usted sigue siendo responsable del coseguro del 20 % todos los meses por oxígeno). Después de este punto, el ciclo de cinco años comienza nuevamente, incluso si permanece en la misma compañía. Si se inscribe en nuestro plan o lo abandona, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cuidado de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a los servicios que cumplen con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindados por un proveedor calificado para brindar atención de emergencia; y • Necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con conocimiento medio de salud y medicina considera que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red son los mismos que para dichos servicios prestados dentro de la red.</p> <p>+También está cubierto para la atención de emergencia/urgencia fuera de los Estados Unidos.</p>	<p>Dentro de la red y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$110 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare (si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas siguientes por la misma afección, el copago se anulará).</p> <p><u>+Atención de urgencia o emergencia fuera de los Estados Unidos:</u></p> <p>Coseguro del 20 % por atención de urgencia o emergencia fuera de los Estados Unidos. Tiene una cobertura de hasta \$15,000 al año por la atención de urgencia o emergencia fuera de los Estados Unidos.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención de pacientes hospitalizados una vez que su afección de emergencia se ha estabilizado, debe pedir autorización al plan para recibir la atención de pacientes hospitalizados en el hospital fuera de la red y su costo es el mismo costo compartido que pagaría en un hospital dentro de la red.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>+Tarjeta para gastos flexibles</p> <p>La tarjeta de gastos flexibles es una tarjeta de débito Mastercard precargada que puede utilizarse para reducir hasta \$300 de cualquier gasto de bolsillo en un proveedor dental, de la vista o de la audición. La tarjeta puede utilizarse para reducir los gastos de bolsillo asociados a los beneficios dentales, de la vista y de la audición descritos en las secciones de atención dentales, de la vista y de la audición de esta tabla.</p> <p>El plan efectúa un pago previo de la tarjeta y NO es una tarjeta de crédito. Los fondos de beneficios de la tarjeta no pueden convertirse en efectivo, y los fondos no serán aprobados para procedimientos cosméticos. Los fondos no utilizados al final del año de beneficios regresan al plan, incluso si abandona el plan antes del final del año de beneficios.</p> <p>El reembolso para miembros está disponible si el proveedor dental, de la vista o de la audición no acepta tarjetas de débito o en el improbable caso de falla de la tarjeta. Las solicitudes de reembolso deben incluir un recibo detallado del proveedor y enviarse al plan dentro de los 90 días de la fecha de la transacción.</p>	<p>Dentro de la red: <u>Plan 001</u> No hay coseguro, copago ni deducible para la tarjeta de gastos flexibles.</p> <p><u>Plan 002, 003</u> Sin cobertura.</p>
<p> Programas educativos de salud y bienestar</p> <p>Los programas complementarios están diseñados para enriquecer la salud y los estilos de vida de los miembros.</p> <p><u>*Programa de acondicionamiento físico</u></p> <p>Tiene cobertura para un beneficio de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers en los centros que participan¹. Tienes acceso a instructores que dirigen clases de ejercicio en grupo especialmente diseñadas². En los centros que participan de todo el país¹, puede tomar clases² y utilizar los aparatos de gimnasia y otros servicios. Además, SilverSneakers FLEX[®] le ofrece opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales (como centros de ocio, centros comerciales y parques).</p> <p>Programas de educación para la salud y el bienestar (continuación)</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0 por el programa de acondicionamiento físico.</p> <p>Copago de \$0 por un kit de elementos para realizar el acondicionamiento físico en el domicilio.</p>


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>SilverSneakers también le conecta con una red de apoyo y recursos virtuales a través de las clases de SilverSneakers LIVE™, los videos de SilverSneakers On-Demand™ y nuestra aplicación móvil, SilverSneakers GO™. Todo lo que necesita para empezar es su número de identificación personal de SilverSneakers. Visite SilverSneakers.com para obtener más información sobre su beneficio o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este.</p> <p>Siempre hable con su médico antes de comenzar un programa de actividad física.</p> <p>¹Los centros que participan (participating locations, PL) no son propiedad ni están gestionados por Tivity Health, Inc. o sus filiales. El uso de las instalaciones y servicios de los PL está limitado a los términos y condiciones de la afiliación básica de PL. Las instalaciones y los servicios varían según el PL.</p> <p>²La membresía incluye clases grupales de acondicionamiento físico impartidas por un instructor de SilverSneakers. Algunas ubicaciones ofrecen clases adicionales para los miembros. Las clases varían según el centro.</p> <p>SilverSneakers y SilverSneakers FLEX son marcas registradas de Tivity Health, Inc. SilverSneakers LIVE, SilverSneakers On-Demand y SilverSneakers GO son marcas comerciales de Tivity Health, Inc. © 2022 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.</p> <p><u>+Servicios de apoyo a domicilio</u> Usted es elegible para recibir hasta 40 horas al año de servicios de apoyo a domicilio para ayudarlo en lo siguiente: Aprendizaje y uso de la tecnología, programación y asistencia a las visitas médicas, acceso al apoyo de la telesalud, transporte al médico/farmacia, realización de recados, tareas domésticas ligeras, tareas domésticas, preparación de comidas y ayuda con las mascotas.</p>	<p>Copago de \$0 por 40 horas cubiertas de servicios de apoyo a domicilio.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de audición</p> <p>Los exámenes diagnósticos de la audición y el equilibrio realizados por su proveedor para determinar si usted necesita algún tratamiento médico cubierto como servicio ambulatorio cuando son proporcionados por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>+También está cubierto por los beneficios de audición complementarios que no cubre Original Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen auditivo de rutina por año • Adaptaciones/evaluaciones ilimitadas de audífonos durante el primer año de su adquisición • Hasta dos audífonos no implantables cada tres años (límite de uno por oído por año). El beneficio se limita a los audífonos Advanced y Premium de TruHearing. <p>La compra de audífonos incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas de seguimiento con el proveedor durante el primero año • Período de prueba de 60 días • Garantía extendida por tres años • 80 pilas por audífono para modelos no recargables <p>El beneficio de audífonos no incluye ni cubrirá lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moldes para los oídos. • Accesorios para audífonos. • Pilas adicionales (más de las que se nombraron anteriormente) • Audífonos que no figuran en el catálogo de TrueHearing • Costos asociados con reclamos por garantías por daños y pérdidas <p>Los costos relacionados con los elementos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan.</p> <p><u>Debe utilizar proveedores y audífonos de TruHearing para obtener este beneficio.</u> Llame al 1-844-822-1845 (TTY: 711) para tener acceso a este beneficio.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$40 por cada examen auditivo cubierto por Medicare</p> <p>Copago de \$0 por un examen auditivo de rutina.</p> <p>Copago de \$0 por ajustes/evaluaciones de audífonos</p> <p>Copago de \$699 por audífono por oído para los audífonos avanzados.</p> <p>Copago de \$999 por audífono por oído para los audífonos de primera calidad.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de VIH</p> <p>Para las personas que solicitan un examen de VIH/SIDA o que corren mayor riesgo de contraer VIH, el plan cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses <p>Para las mujeres que están embarazadas, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo 	<p>Dentro de la red:</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para las pruebas preventivas de detección del VIH cubiertas por Medicare.</p>
<p>Atención médica en el hogar</p> <p>Antes de que usted pueda recibir servicios de cuidado de la salud en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y solicitará que sean prestados por una agencia de atención médica en el hogar. Usted debe estar confinado en casa, lo que significa que le resulta difícil salir de ella.</p> <p>Los servicios con cobertura incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de asistencia de salud en el hogar y cuidados de enfermería especializada de medio tiempo o intermitentes (para estar cubiertos los servicios de asistencia médica y cuidados especializados en el hogar, que estarán cubiertos bajo el beneficio de atención médica en el hogar, deben sumar menos de 8 horas diarias y 35 horas semanales). • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos <p><i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0 por cada visita de atención de una agencia de atención médica a domicilio cubierta por Medicare.</p>
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0 cuando a los servicios profesionales los brinda un médico de atención primaria.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Terapia de infusión en el hogar (continuación)</p> <p>Los servicios con cobertura incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención. • Capacitación y educación del paciente no cubierta por el beneficio de equipo médico duradero. • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar <p><i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>	<p>Copago de \$40 cuando a los servicios profesionales los brinda un especialista.</p> <p>Usted paga el costo compartido que se aplica al DME (como se indica en la sección “Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados”).</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención en un centro de cuidados paliativos</p> <p>Es elegible para recibir el beneficio del centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales) cuando su médico y el director médico de dicho centro le hayan dado un pronóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y le quedan seis meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Usted puede recibir atención de cualquier programa de centros para enfermos terminales certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programa de centros para enfermos terminales certificado por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee, controla o en los que tiene un interés financiero. El médico del centro para enfermos terminales puede ser un proveedor que pertenezca o no pertenezca a la red.</p> <p>Los servicios médicos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para control de los síntomas y alivio del dolor • Cuidado de relevo de corto plazo • Atención en el hogar <p>Cuando se le admite en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan.</p> <p><u>Para los servicios del centro de cuidados paliativos y servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que se relacionan con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del centro para enfermos terminales por sus servicios del centro para enfermos terminales y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras se encuentra en el programa de centros para enfermos terminales, su proveedor del centro para enfermos terminales enviará la factura a Original Medicare por los servicios que Original Medicare paga. Se le facturarán los costos compartidos de Original Medicare.</p>	<p>Cuando se inscribe en el programa de un centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales) certificado por Medicare, los servicios de dicho centro y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Original Medicare, y no por BlueMedicare Classic (HMO).</p> <p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0 por cada visita al proveedor de atención primaria cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$40 por cada visita al médico especialista para servicios cubiertos por Medicare.</p>


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cuidados de centro para enfermos terminales (continuación)</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare que no se relacionan con tu pronóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no sean de emergencia, que no sean de urgencia y que estén cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, su costo de estos servicios depende de si utiliza un proveedor en la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (por ejemplo, si hay un requisito para obtener una autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, solo paga la cantidad de costo compartido del plan por los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga los costos compartidos en virtud del cargo por servicio de Medicare (Original Medicare). <p><u>Para los servicios cubiertos por Medicare Advantage Blue Classic (HMO), pero no cubiertos por las Partes A o B de Medicare:</u> BlueMedicare Classic (HMO) continuará brindando cobertura para servicios cubiertos por el plan que las Partes A o B no cubran, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Por estos servicios, usted paga el costo compartido del plan.</p> <p><u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal de centro de cuidados paliativos, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su afección terminal de centro de cuidados paliativos, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare.</u></p> <p>Los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>Si está en un programa de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare</i>).</p> <p>Cuidados de centro para enfermos terminales (continuación)</p>	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Nota: Si necesita atención que no sea de un centro para enfermos terminales (atención que no está relacionada con su diagnóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para que coordinemos los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta de centros para enfermos terminales (una sola vez) para un enfermo terminal que no ha elegido el beneficio de centros para enfermos terminales.</p>	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios de la Parte B de Medicare cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, cada estación gripal en el otoño e invierno, con vacunas adicionales si es médicamente necesario • Vacuna contra la hepatitis B si tiene riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacuna contra la COVID-19 • Otras vacunas si se encuentra en riesgo y éstas cumplen las normas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.</p>
<p>Atención de pacientes internados</p> <p>Incluye servicios para pacientes internados agudos, servicios de rehabilitación para pacientes internados, hospitalizaciones de atención de largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados comienza el día en que lo ingresan formalmente en un hospital con la orden de un médico. El día anterior en que es dado de alta es su último día de hospitalización.</p> <p>No hay límite en el número de días cubiertos por el plan por ingreso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios con cobertura incluyen, entre otros, los siguientes: Habitación semiprivada (o habitación privada, si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Fármacos y medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos 	<p>Dentro de la red:</p> <p>Por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare: copago de \$365 por día para los días 1 al 5, copago de \$0 por día para los días 6 al 90 y copago de \$0 por día para los días adicionales después del día 91.</p> <p>Los costos compartidos comienzan el día de su ingreso y no incluyen la fecha de alta.</p> <p>En lugar de utilizar un periodo de beneficios de Medicare Original, se cobra el costo compartido por cada estancia de hospitalización. Los traslados de un hospital a</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de salas de operación y recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • Servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados • Bajo ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: De córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmones, corazón/pulmones, médula ósea, células madre e intestino/multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos para que un centro de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso, y este decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores encargados de los trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si BlueMedicare Classic (HMO) brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes de su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. <ul style="list-style-type: none"> ○ Si el servicio está disponible a través de un proveedor dentro de la red, ya sea localmente o fuera del patrón de atención comunitario, pero usted elige usar un proveedor fuera de la red, usted será responsable de todos y cada uno de los gastos de transporte y alojamiento, a menos que se obtenga una aprobación de excepción antes de cualquier viaje. ○ Mientras reciba atención en un lugar distante, le reembolsaremos ciertos gastos relacionados con el viaje. A fin de reunir los requisitos para el reembolso de los gastos de trasplante relacionados con el traslado, debe viajar un mínimo de 60 millas de ida al centro de trasplantes. 	<p>otro se tratan como un solo ingreso. Los costos compartidos diarios comienzan de nuevo con cada nuevo ingreso en el hospital.</p> <p>Si obtiene atención de pacientes hospitalizados autorizada en un hospital fuera de la red una vez que su afección de emergencia se ha estabilizado, su costo es el mismo costo compartido que pagaría en un hospital dentro de la red.</p>


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El reembolso de todos los gastos relacionados con viajes se limita a \$10,000 por trasplante, independientemente de la ubicación o el estado de la red del proveedor del trasplante. ○ Los gastos de trasplante relacionados con viajes elegibles para reembolso incluyen traslados hacia y desde el hospital o el consultorio del médico para evaluaciones, servicios de trasplante y atención de seguimiento. ○ Los gastos reembolsables incluyen millaje a la tasa de reembolso de millaje federal actual del Servicio de Impuestos Internos, pasajes aéreos de ida y vuelta en clase económica, tarifas de taxi o servicios de viajes compartidos, y alojamiento, incluidos hoteles, moteles o alojamiento a corto plazo. ● Análisis de sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos (así como otros componentes de la sangre) comienza con la primera pinta de sangre que necesite. ● Servicios médicos. <p>Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para admitirte formalmente como paciente internado del hospital. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, es posible que se lo siga considerando como “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio u hospitalizado, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare denominada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡Pregunte!” Esta hoja informativa está disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas del día, los siete días de la semana.</p> <p><i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>	


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados</p> <p>Los cuidados médicos que están cubiertos incluyen los servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización.</p> <p>El plan cubre 190 días de atención para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico a lo largo de toda la vida. Este límite no se aplica a los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados que se brindan en un hospital general.</p> <p><i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare:</p> <p>copago de \$330 por día para los días 1 a 5 y copago de \$0 por día para los días 6 a 90.</p> <p>Los costos compartidos comienzan el día de su ingreso y no incluyen la fecha de alta.</p> <p>En lugar de utilizar un período de beneficios de Medicare Original, se cobra el costo compartido por cada estadía en el hospital por servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados. Los traslados de un hospital a otro se tratan como un solo ingreso. Los costos compartidos diarios comienzan de nuevo con cada nuevo ingreso en el hospital.</p>
<p>Estadía en el hospital: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o un Centro de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) durante una estadía como paciente hospitalizado no cubierta</p> <p>Si su estadía como paciente hospitalizado no es razonable ni necesaria, no la cubriremos. Sin embargo, en algunos casos cubriremos ciertos servicios que usted recibe durante una estadía en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios con cobertura incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como exámenes de laboratorio) 	<p>Dentro de la red:</p> <p>Los importes de los costos compartidos para estos servicios son los mismos que los que figuran en la categoría de servicio correspondiente en esta tabla de beneficios.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Estadía en el hospital: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía como paciente hospitalizado no cubierta (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías, terapia con radio e isótopo, incluidos los materiales y servicios técnicos • Vendajes quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para contener fracturas y dislocacionesPrótesis de rehabilitación y ortótica (que no sean dentales) que reemplacen total o parcialmente un órgano corporal interno (incluido el tejido contiguo) o la función inadecuada o la disfunción permanente de este, incluidos los reemplazos o las reparaciones de dichos aparatos • Aparatos para las piernas, los brazos, la espalda y el cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios debido a la rotura, el desgaste, la pérdida o un cambio en la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional <p><i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>	
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes, con enfermedad renal (de los riñones) (pero que no estén recibiendo diálisis) o que hayan sido sometidas a un trasplante renal cuando su médico lo solicite.</p> <p>Cubrimos tres horas de servicios de asesoramiento individualizado durante el primer año que recibe servicios de terapia nutricional médica en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage u Original Medicare) y dos horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, podrá recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden cada año si necesita continuar el tratamiento por otro año calendario.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para recibir los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Programa Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP)</p> <p>Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare en todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento en la salud que proporciona capacitación práctica en cambios alimenticios a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>Dentro de la red: No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio del MDPP.</p>
<p>Medicamentos con receta médica de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos son cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que el paciente generalmente no se autoadministra, sino que se inyectan o administran mediante infusión mientras recibe servicios médicos, de hospital para pacientes ambulatorios o en un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios. • Medicamentos que se le administran mediante el uso de un equipo médico duradero (como los nebulizadores) que fueron autorizados por el plan. • Factores de coagulación que usted se autoadministra mediante inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunodepresores, si se inscribió en la Parte A de Medicare al momento del trasplante de órganos. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado a su hogar, tiene una fractura ósea que el médico certifica como relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoinyectarse el medicamento. • Antígenos 	<p>Dentro de la red: Coseguro del 20 % por medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare, incluidos los medicamentos de quimioterapia.</p> <p>Ciertos medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare pueden requerir terapia escalonada.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinados medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas. • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesario desde el punto de vista médico, anestésicos tópicos, agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen[®], Procrit[®], Epoetin Alfa, Aranesp[®] o Darbepoetina Alfa). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento a domicilio de enfermedades primarias de inmunodeficiencia. <p>Se requiere terapia escalonada para algunos medicamentos. (En algunos casos, el plan exige que primero pruebe determinados medicamentos para tratar su afección médica antes de cubrir otro medicamento para la misma afección). Las siguientes categorías contienen medicamentos que pueden requerir terapia de pasos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Oncología/antineoplásicos ○ Antiinflamatorio ○ Inyecciones de ácido hialurónico/Viscosuplementos ○ Factores estimulantes de colonias ○ Medicamentos oftálmicos (inhibidores de la angiogénesis oftálmica) ○ Antipsoriásicos ○ Medicamentos eritropoyéticos <p>También cubrimos algunas vacunas en virtud de nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D.</p> <p>En el Capítulo 5 se explican los beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, así como las normas que debe cumplir para que estos medicamentos sean cubiertos. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</p> <p><i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Detección de obesidad y terapia para promover una pérdida de peso sostenida</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, se cubre el asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un centro de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o médico general para obtener más información.</p>	<p>Dentro de la red: No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección preventiva de obesidad y su terapia.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento de opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento con Opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos agonistas y antagonistas opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (Food and Drug Administration, FDA) para el tratamiento asistido con medicamentos (medication-assisted treatment, MAT) • Abastecimiento y administración de medicamentos de MAT (según corresponda). • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas de toxicología. • Actividades de admisión. • Evaluaciones periódicas. 	<p>Dentro de la red: Copago de \$40 por cada visita cubierta por Medicare.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico, suministros y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios con cobertura incluyen, entre otros, los siguientes: Radiografías. • Terapia de radiación (radiación e isótopos), incluidos los materiales y suministros técnicos. • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para contener fracturas y dislocaciones. • Exámenes de laboratorio. 	<p>Dentro de la red: Copago de \$0 para radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>Coseguro del 20 % de las pruebas de diagnóstico cubiertas por Medicare (es decir, electrocardiogramas, electroencefalogramas y estudios del sueño).</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico, suministros y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos (así como otros componentes de la sangre) comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios. <p><i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>	<p>Copago de \$0 para pruebas de laboratorio cubiertas por Medicare.</p> <p>Coseguro del 20 % para los suministros cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para servicios de hematología cubiertos por Medicare.</p> <p>Coseguro del 0 % para una prueba de espirometría cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por una mamografía de diagnóstico cubierta por Medicare y una radioabsorciometría de doble energía de diagnóstico.</p> <p>Copago de \$40 por servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare (por ejemplo, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas) realizados en un consultorio profesional.</p> <p>Copago de \$285 por servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare (por ejemplo, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas) realizados</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico, suministros y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación)</p>	<p>en un lugar de atención a pacientes ambulatorios.</p> <p>Coseguro del 20 % de los servicios radiológicos terapéuticos (es decir, radioterapia y terapia isotópica) y de los suministros (es decir, material quirúrgico, férulas y yesos) cubiertos por Medicare.</p>
<p>Observación en un hospital para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se prestan para determinar si necesita ser hospitalizado o si puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando son proporcionados por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licencia estatal y los estatutos del personal del hospital para ingresar pacientes en el hospital o solicitar pruebas ambulatorias.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor extienda una orden para internarlo en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costos compartidos por los servicios de hospital para pacientes ambulatorios. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, es posible que se lo siga considerando como “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio o no, debe preguntar al personal del hospital.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$285 por servicios de observación en hospital cubiertos por Medicare para pacientes ambulatorios.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare denominada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡Pregunte!” Esta hoja informativa está disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas del día, los siete días de la semana.</p> <p><i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>	
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p> <p>El plan cubre los servicios médicamente necesarios desde que usted recibe en el departamento de atención ambulatoria de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios con cobertura incluyen, entre otros, los siguientes: Servicios brindados en un departamento de emergencias o clínicas para pacientes ambulatorios, por ejemplo, servicios de observación o cirugías para pacientes ambulatorios • Pruebas de laboratorio y diagnóstico cobradas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, de no brindarse, requerirá tratamiento como paciente hospitalizado • Radiografías y otros servicios radiológicos cobrados por el hospital • suministros médicos, como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo <p>Servicios de atención ambulatoria (continuación)</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Los importes de los costos compartidos para estos servicios son los mismos que los que figuran en la categoría de servicio correspondiente en esta tabla de beneficios.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Nota: A menos que el proveedor extienda una orden para internarlo en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costos compartidos por los servicios de hospital para pacientes ambulatorios. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, es posible que se lo siga considerando como “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio o no, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más en información en una hoja informativa de Medicare denominada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡Pregunte!” Esta hoja informativa está disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas del día, los siete días de la semana.</p>	
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios médicos cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental brindados por un médico o psiquiatra, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermera profesional, médico asistente u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare y autorizado por el estado, según lo permitan las leyes estatales aplicables.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$35 por cada visita de terapia individual o de grupo cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación ambulatoria</p> <p>Los servicios médicos cubiertos incluyen: Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se proporcionan en varios centros de atención ambulatoria, tales como los departamentos de atención ambulatoria de un hospital, consultorios de terapeutas independientes y centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (comprehensive outpatient rehabilitation facilities, CORF).</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$40 por visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$40 por cada visita cubierta por Medicare para recibir terapia física o terapia del habla.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>La Parte B de Medicare cubre los servicios de tratamiento que se prestan en el departamento de atención a pacientes ambulatorios de un hospital para los pacientes que, por ejemplo, han sido dados de alta de una estancia de hospitalización para el tratamiento de la drogadicción o que necesitan tratamiento, pero no requieren la disponibilidad e intensidad de los servicios que solo se encuentran en el entorno hospitalario.</p> <p>La cobertura disponible para estos servicios está sujeta a las mismas normas generalmente aplicables a la cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$40 por cada visita de terapia individual o de grupo cubierta por Medicare.</p>
<p>Cirugías para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios que brindan los centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y los centros de cirugía ambulatoria</p> <p>Nota: Si va a someterse a una cirugía en un hospital, debe verificar con su proveedor si usted será tratado como paciente hospitalizado o como paciente ambulatorio. A menos que el proveedor extienda una orden para internarlo en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los costos compartidos correspondientes a la cirugía ambulatoria. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, es posible que se lo siga considerando como “paciente ambulatorio”</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$285 por los servicios quirúrgicos cubiertos por Medicare realizados en un departamento de atención a pacientes ambulatorios de un hospital.</p> <p>Copago de \$285 por servicios de cirugía cubiertos por Medicare realizados en un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios (ambulatory surgical center, ASC).</p> <p>Copago de \$0 por colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare realizada en un ASC.</p>


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se proporciona como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o que proporciona un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta y constituye una alternativa a la hospitalización.</p> <p><i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$55 por cada visita de hospitalización parcial cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio médico</p> <p>Los servicios médicos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios realizados en un consultorio médico, un centro certificado de cirugía ambulatoria, un departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas, diagnóstico y tratamiento de un especialista. • Exámenes básicos de audición y relacionados con el equilibrio realizados por su PCP o especialista si su médico lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telesalud, incluidos: Servicios de PCP, servicios de urgencia, servicios especializados, sesiones individuales y grupales para servicios especializados de salud mental, sesiones individuales y grupales para servicios psiquiátricos. <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o telesalud. Si eliges recibir uno de estos servicios por telesalud, debes usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. ○ Puede utilizar un teléfono, una computadora, una tableta u otra tecnología de video. 	<p>Dentro de la red:</p> <p>copago de \$0 por cada visita de atención primaria cubierta por Medicare (cuando los servicios son prestados por un PCP u otro profesional de atención médica).</p> <p>Copago de \$40 por cada visita de atención especializada cubierta por Medicare (cuando los servicios son prestados por un especialista u otro profesional de atención médica).</p> <p><u>Telesalud:</u></p> <p>copago de \$0 por cada visita al PCP cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada visita de servicios urgentes cubierta por Medicare.</p>


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de médicos generales o de atención primaria, incluidas visitas a consultorios médicos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algunos servicios de telesalud, tales como consultas, diagnósticos y tratamientos brindados por un médico para pacientes de ciertas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para miembros con diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal en un hospital o en un hospital con acceso crítico, centro de diálisis renal o en el domicilio del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene una visita en persona en un plazo de seis meses previos a su primera visita de telesalud. ○ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias. • Los servicios de telesalud para las visitas de salud mental son proporcionados por clínicas de salud rural y centros de salud aprobados por el gobierno federal. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o video chat) con su médico durante 5 a 10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo; y ○ el control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos siete días; y ○ El control no tiene como resultado una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más próxima disponible. • Evaluación del video o las imágenes que envíe a su médico, y la interpretación y el seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo; y 	<p>Copago de \$0 por cada visita individual o grupal de servicios especializados de salud mental o servicios psiquiátricos cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$40 por cada consulta a un especialista cubierta por Medicare.</p>


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de médicos generales o de atención primaria, incluidas visitas a consultorios médicos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos siete días; y ○ La evaluación no tiene como resultado una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más próxima disponible. ● Consultas que tenga su médico con otros médicos por teléfono, Internet o registros de salud electrónicos. ● Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. ● Atención dental que no sea de rutina (los servicios médicos cubiertos se limitan a cirugías de mandíbula o de las estructuras relacionadas, tratamientos de las fracturas de mandíbula o de los huesos faciales, extracciones de piezas dentales a fin de preparar la mandíbula para tratamientos de radiación por enfermedad neoplásica cancerosa o servicios médicos que serían cubiertos si los brinda un médico). 	
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios médicos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de afecciones de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo) ● Atención de rutina de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas en las extremidades inferiores. <p>+También se cubren las visitas adicionales de podología que no cubre Medicare Original:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Seis visitas por año 	<p>Dentro de la red: Copago de \$40 por cada visita a un podólogo cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$40 por cada visita adicional al podólogo.</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para hombres mayores de 50 años, los servicios con cobertura incluyen los siguientes (una vez cada 12 meses):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Examen de tacto rectal ● Prueba del antígeno prostático específico (PSA) 	<p>Dentro de la red: No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA.</p> <p>Copago de \$0 para cada examen rectal digital cubierto por Medicare.</p>


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Prótesis y suministros relacionados</p> <p>Aparatos (que no sean dentales) que reemplazan parte o toda la función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: Bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de una colostomía, marcapasos, férulas, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (que incluyen un sostén quirúrgico tras una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y reparación o reemplazo de dispositivos protésicos. También incluyen cobertura parcial después de la extirpación de cataratas o de una cirugía de cataratas. Para obtener información más detallada, consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección.</p> <p><i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Coseguro del 20 % para dispositivos de prótesis y suministros médicos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas completos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tienen enfermedades pulmonares causadas por obstrucciones crónicas moderadas a muy graves y que tienen una orden para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p> <p><i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$20 por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</p> <p>Brindamos cobertura para una evaluación de problemas con el alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que consumen más alcohol de lo normal, pero que no son alcohólicos.</p> <p>Si da positivo en la evaluación, usted puede recibir hasta cuatro sesiones breves individualizadas de orientación al año (si usted es competente y está alerta durante la sesión) de parte de un médico general o un médico de atención primaria calificado, en un centro de atención primaria.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>No hay copago, coseguro ni deducible para el beneficio preventivo de la prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT)</p> <p>Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una TCDB cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son los siguientes: Personas de 50 a 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de consumo de tabaco de, al menos, 20 paquetes por año y que actualmente fuman o dejaron de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden escrita para una LDCT durante una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida sobre la detección de cáncer de pulmón que cumpla con los criterios de Medicare para dichas visitas, a cargo de un médico o profesional no médico calificado.</p> <p><i>Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT después del examen inicial con LDCT:</i> Los miembros deben recibir una orden escrita para la prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que podrá emitirse durante cualquier visita adecuada a un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado decide brindar una consulte de asesoramiento y toma de decisiones compartida sobre la detección de cáncer de pulmón para futuras pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la consulte debe cumplir con los requisitos de Medicare para dichas consultas.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare ni para la LDCT.</p>


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenir las STI</p> <p>Brindamos cobertura para los exámenes de detección de enfermedades venéreas (sexually transmitted infection, STI) tales como la clamidia, la gonorrea, la sífilis y la hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos en el caso de las mujeres embarazadas y determinadas personas que tienen riesgo de contraer una enfermedad venérea cuando las pruebas son ordenadas por un proveedor de atención primaria. El plan cubre uno de estos exámenes cada 12 meses o en ciertos momentos durante un embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones individuales e intensivas de orientación conductual, de 20 a 30 minutos, cada año a las personas adultas activas sexualmente que corren un riesgo mayor de contraer STI. Solo cubriremos estas sesiones de orientación como servicio preventivo si las brinda un médico de atención primaria en un centro de atención primaria, por ejemplo, el consultorio de un médico.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de la prueba de detección de STI y asesoramiento para prevenir STI cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios para el tratamiento de enfermedades renales</p> <p>Los servicios médicos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre las enfermedades renales para enseñar sobre cuidado renal y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención médica. Para miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando los refiere su médico, el plan cubre hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales de por vida. • Tratamientos de diálisis ambulatoria (incluidos los tratamientos de diálisis recibidos mientras se encuentra temporalmente fuera del área de cobertura, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible temporalmente o no puede comunicarse con él). • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si lo admiten como paciente hospitalizado en un hospital para cuidados médicos especializados). 	<p>Dentro de la red:</p> <p>Coseguro del 20 % para la diálisis renal cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por los servicios de educación sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios para el tratamiento de enfermedades renales (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación para la autodiálisis (incluye la capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar). • Equipos y suministros de diálisis en el hogar. • Determinados servicios de apoyo domiciliario (como por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para controlar su diálisis domiciliaria, para ayudarlo en emergencias y para controlar su equipo de diálisis y suministro de agua). <p>Ciertos medicamentos para la diálisis están cubiertas bajo su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información acerca de la cobertura para los medicamentos de la Parte B, revise la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.</p>	
<p>Atención en centros de enfermería especializada (SNF) (Para conocer la definición de “atención en un centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan “SNF”).</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.</p> <p>No es necesaria una hospitalización previa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios con cobertura incluyen, entre otros, los siguientes: Habitación semiprivada (o una habitación privada si es necesario desde el punto de vista médico). • Comidas, incluidas las dietas especiales. • Servicios en centros de enfermería especializada. • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos que se le administran como parte del régimen de tratamiento (se incluyen sustancias que existen en forma natural en el organismo, por ejemplo, los factores de coagulación). 	<p>Dentro de la red: Por cada estadía en un SNF cubierta por Medicare: copago de \$0 por día para los días 1 a 20 y copago de \$196 por día para los días 21 a 100.</p> <p>Comienza un período de beneficios el primer día que usted ingresa en un SNF. El periodo de beneficios finaliza cuando no ha recibido ningún cuidado en un SNF durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un SNF después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Centro de Enfermería Especializada (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos (así como otros componentes de la sangre) comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados habitualmente por los SNF. • Análisis de laboratorio proporcionados habitualmente por los SNF. • Radiografías y otros servicios radiológicos proporcionados habitualmente por los SNF. • Uso de equipos, como sillas de ruedas, proporcionados habitualmente por los SNF. • Servicios proporcionados por médicos/profesionales de la salud. <p>Generalmente, recibirás atención de SNF en un centro de la red. Sin embargo, en determinadas situaciones enumeradas a continuación, es posible que deba pagar costos compartidos dentro de la red por un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de convalecencia o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted sale del hospital. <p><i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>	
<p> Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si usted consume tabaco, pero no presenta signos o síntomas de enfermedades asociadas a este:</u> El plan cubre dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un plazo de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p>	<p>Dentro de la red: No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) (continuación)</p> <p><u>Si consumes tabaco y se te ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o estás tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco:</u> El plan cubre los servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos asesoramiento para dos intentos de dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, pagará los costos compartidos aplicables. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p>	
<p>+Beneficios complementarios especiales para personas con una enfermedad crónica</p> <p>Dental XtraSM es un programa para los miembros que tienen diabetes, enfermedad de las arterias coronarias (CAD), han sufrido un derrame cerebral o se les ha diagnosticado cáncer bucal, cáncer de cabeza y cuello, o síndrome de Sjögren. El programa proporciona a los miembros que califican beneficios dentales mejorados cuando consultan a un dentista participante. Para averiguar más, visite www.arkansasdentalblue.com.</p> <p>Los beneficios mencionados aquí forman parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican para ellos.</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$0 para Dental Xtra.</p>
<p>Terapia de ejercicio supervisado (Supervised exercise therapy, SET)</p>	<p>Dentro de la red:</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>La SET está cubierta para los afiliados que padecen una enfermedad arterial periférica (EAP) sintomática.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consiste en sesiones de entre 30 y 60 minutos de duración que comprenden un programa de entrenamiento de ejercicios terapéuticos para la PAD en pacientes con claudicación. • Ser realizado en un centro de servicios ambulatorios de un hospital o en el consultorio de un médico. • Ser proporcionado por personal auxiliar calificado necesario para asegurarse de que los beneficios superen los daños y que dicho personal esté capacitado en terapia de ejercicios para la PAD. • Ser proporcionado bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o enfermero profesional/especialista en enfermería clínica, quien deberá estar capacitado en técnicas de asistencia vital básicas y avanzadas. <p>Además de las 36 sesiones de SET que se cubren durante 12 semanas, se puede brindar cobertura para 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención de la salud lo considera médicamente necesario.</p> <p><i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>	<p>Copago de \$30 por cada visita SET cubierta por Medicare.</p>


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de urgencia necesarios</p> <p>Los servicios de urgencia se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no sea de emergencia y que requiera atención médica inmediata, pero dadas sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red son: 1) usted necesita atención inmediata durante el fin de semana, o 2) usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios. Si no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener atención médica de inmediato de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red.</p> <p>+También está cubierto para la atención de emergencia/urgencia fuera de los Estados Unidos.</p>	<p>Dentro de la red y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$40 para visitas de atención de urgencia cubiertas por Medicare.</p> <p><u>+Atención de urgencia o emergencia fuera de los Estados Unidos:</u></p> <p>Coseguro del 20 % por atención de urgencia o emergencia fuera de los Estados Unidos. Tiene una cobertura de hasta \$15,000 al año por la atención de urgencia o emergencia fuera de los Estados Unidos.</p>
<p> Atención de la visión</p> <p>Los servicios médicos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de la vista, incluido el tratamiento por degeneración macular asociada a la edad. Medicare Original no cubre los exámenes de rutina de la vista (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de desarrollar glaucoma, cubriremos un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: Las personas con antecedentes de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años de edad en adelante e hispanoamericanos de 65 años de edad en adelante. • Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética se cubre una vez por año. 	<p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0 por un examen de detección de retinopatía diabética cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por pruebas de detección de glaucoma cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$40 por cada examen de la vista cubierto por Medicare (excepto el examen de retinopatía diabética y el examen de glaucoma, como se indicó anteriormente).</p> <p><u>Plan 001</u></p> <p>Copago de \$0 por anteojos o lentes de contacto después de cirugía de</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cuidado de la Vista (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un par de gafas o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular (si se somete a dos operaciones de cataratas distintas, no puede reservar la prestación después de la primera operación y adquirir dos gafas después de la segunda). <p>+También está cubierto por los beneficios oftalmológicos complementarios que no cubre Original Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de rutina de la vista por año • Un par de lentes de contacto o gafas (lentes y monturas) al año • Actualizaciones. 	<p>cataratas cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por un examen de rutina de la vista.</p> <p>Hasta \$100 combinados cada año para el costo de lentes de contacto complementarios, anteojos (lentes y monturas) y mejoras.</p> <p><u>Plan 002, 003</u></p> <p>Copago de \$40 por anteojos o lentes de contacto después de cirugía de cataratas cubiertos por Medicare.</p> <p>Los exámenes de la vista de rutina no tienen cobertura.</p> <p>Los lentes de contacto complementarios, los anteojos (lentes y marcos) y las mejoras no están cubiertos.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la visita preventiva única de “Bienvenida a Medicare”. La visita consiste en una evaluación de su salud, además de educación y orientación sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluidos ciertos exámenes de detección y vacunas) y derivaciones para otros servicios si es necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses que tiene la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informa al consultorio de su médico que quiere programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?**Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)**

En esta sección, se le informa qué servicios están “excluidos” de la cobertura de Medicare y, en consecuencia, no están cubiertos por este plan.

La tabla a continuación enumera servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna circunstancia o solo están cubiertos bajo circunstancias específicas.

Si obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo, excepto en virtud de las afecciones específicas enumeradas a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un establecimiento de emergencia, los servicios excluidos igual no serán cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio es apelado y decidido: después de una apelación para ser un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que tomamos de no cubrir un servicio médico, consulta la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este documento).

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios no cubiertos por Medicare	No están cubiertos en ninguna circunstancia	Solo están cubiertos en circunstancias específicas
Acupuntura		Disponible para personas con dolor lumbar crónico en ciertas circunstancias.
Cirugía o procedimientos estéticos.		<ul style="list-style-type: none"> • Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo con malformación. • Se cubren todas las etapas de la reconstrucción de ambos senos luego de someterse a una mastectomía, tanto del seno afectado como el no afectado, para lograr una apariencia simétrica.
Atención de custodia La atención de custodia es aquella que no requiere atención continua de parte de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, la asistencia en las actividades cotidianas tales como bañarse o vestirse.	✓	
Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipos y medicamentos. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que Original Medicare determina que no son aceptados generalmente por la comunidad médica.		Medicare Original puede cubrirlo en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulta la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Cargos por la atención brindada por sus familiares cercanos o por quienes viven con usted	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	✓	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios no cubiertos por Medicare	No están cubiertos en ninguna circunstancia	Solo están cubiertos en circunstancias específicas
Servicios de alimentos a domicilio	✓	
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)	✓	
Cuidados dentales no rutinarios		La atención dental necesaria para tratar enfermedad o lesión puede tener cobertura como atención para pacientes hospitalizados o ambulatorios.
Calzado ortopédico o dispositivos de apoyo para los pies		Calzado que es parte de un aparato para la pierna y se incluye en el costo del aparato. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético.
Los artículos personales en la habitación de un hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	✓	
Habitación privada en un hospital.		Cubierta solo cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros de anticonceptivos sin receta.	✓	
Atención quiropráctica de rutina.		Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otra ayuda para la visión reducida.	✓	
Servicios considerados no razonables ni necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare.	✓	



CAPÍTULO 5:

*Cómo utilizar la cobertura del plan
para los medicamentos recetados de
la Parte D*

Capítulo 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo **explica las normas para usar su cobertura para medicamentos de la Parte D**. Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos para enfermos terminales.

Sección 1.1	Normas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan
--------------------	--

Por lo general, el plan cubre sus medicamentos, siempre que usted cumpla con las siguientes normas básicas:

- Debe hacer que un proveedor (un médico, dentista u otro proveedor que emite la receta) le emita una receta que debe ser válida en virtud de la ley estatal aplicable.
- El proveedor que emite la receta no debe estar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Generalmente debe obtener el medicamento recetado en una farmacia de la red. (Consulte la Sección 2, *Surta sus recetas en una farmacia de la red o mediante el correo plan-order servicio*.)
- Su medicamento debe aparecer en la *Lista de medicamentos cubiertos (lista de medicamentos aprobados)* del plan (la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben aparecer en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2 Surta sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1	Usar una farmacia de la red
--------------------	------------------------------------

En la mayoría de los casos, cubrimos sus medicamentos recetados *solo* si las obtiene en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubrimos medicamentos recetados surtidos en farmacias fuera de la red).

Capítulo 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Una farmacia de la red es aquella que ha suscrito un contrato con el plan para proporcionarle sus medicamentos recetados cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos recetados de la Parte D que estén en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

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

Para buscar una farmacia de la red, puede ver su *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.arkbluemedicare.com) o llamar al Servicio al Cliente.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

¿Qué sucede si la farmacia que había estado usando deja de pertenecer a la red?

Si la farmacia que ha estado usando deja de pertenecer a la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia que forme parte de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda del Servicio al Cliente o usar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.arkbluemedicare.com.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

Algunas recetas deben ser surtidas en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Las farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio.
- Las farmacias que suministran medicamentos para los residentes de establecimientos de cuidados a largo plazo (long-term care, LTC). Por lo general, los centros de LTC (como los centros de cuidados médicos no especializados) tienen su propia farmacia. Si tiene dificultades para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, contacte al Servicio de Atención al Cliente.
- Las farmacias que brindan servicios al Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud Indígena/Urbano/Tribal (no está disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los indígenas estadounidenses o los indígenas de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Las farmacias que suministran determinados medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) limita a determinados lugares o que requieren manejo especial, coordinación del proveedor o educación sobre su uso. (Nota: Esta situación debería producirse en raras ocasiones).

Para ubicar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de farmacias* o llame a Servicio al Cliente.

Capítulo 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**Sección 2.3 Cómo usar los servicios de pedido por correo del plan**

El servicio de envío por correo de nuestro plan le permite pedir **un suministro de hasta 100 días**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame a AllianceRx Walgreens Pharmacy al 1-800-636-1319. También puede encontrar información en el sitio web de la farmacia en www.alliancerxwp.com.

En general, un pedido por correo a la farmacia le llegará dentro de 10 días. Si el pedido por correo se retrasa, el miembro puede solicitar a su médico un suministro de 15 días para surtirlo en una farmacia minorista mientras espera que llegue su receta de pedido por correo.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de tu médico.

Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se comunicará con usted para ver si desea que el medicamento se surta de inmediato o más adelante. Es importante que conteste cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarle si debe enviar, demorar o detener la nueva receta.

Renovaciones en recetas de pedido por correo. Para renovaciones, póngase en contacto con su farmacia entre 10 y 15 días antes de que se le acabe su receta actual para asegurarse de que su próximo pedido le sea enviado a tiempo.

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

Cuando recibe un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos maneras de recibir un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” que aparecen en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma de forma regular para tratar una afección médica crónica o de largo plazo).

1. Su *Directorio de Farmacias* le indica qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de envío por correo. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.

Capítulo 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no forma parte de la red del plan?****Sus medicamentos recetados pueden estar cubiertas en ciertas situaciones**

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarlo, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de cobertura en las que puede obtener sus medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. **En estos casos, primero consulte con el Servicio al Cliente** para ver si hay alguna farmacia que participe en la red cerca de usted. Lo más probable es que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

A continuación se describen las situaciones en las que cubriríamos los medicamentos recetados obtenidos en farmacias que no pertenecen a la red:

- Si las recetas están relacionadas con la atención de una emergencia médica o una atención urgente.
- Si está de viaje dentro de los Estados Unidos, pero fuera del área de servicio del plan, y se enferma, pierde o se queda sin sus medicamentos recetados, Y si sigue todas las demás reglas de cobertura identificadas en este documento Y no hay una farmacia de la red disponible.
- Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red dentro de una distancia razonable que brinde servicio las 24 horas.
- Si intenta surtir un medicamento con receta médica cubierto que no hay en stock periódicamente en una farmacia elegible de envío por correo o minorista de la red (estos medicamentos incluyen los medicamentos sin interés comercial u otros productos farmacéuticos especializados).
- Si ha recibido su medicamento recetado en una declaración de catástrofe estatal o federal u otra declaración de emergencia de salud pública en la que haya sido evacuado o desplazado de otro modo del área de servicio del plan o de su lugar de residencia y no se puede esperar razonablemente que obtenga los medicamentos cubiertos de la Parte D en una farmacia de la red.

¿Cómo solicita un reembolso del plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general, deberá pagar el costo completo (en lugar de su parte normal del costo) cuando obtiene su medicamento recetado. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (La Sección 2 del Capítulo 7 explica cómo solicitar el reintegro del plan).

Capítulo 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben formar parte de la “Lista de medicamentos” del plan

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

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

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

Los medicamentos de la Lista de medicamentos son solo aquellos cubiertos bajo la Parte D de Medicare.

Por lo general cubriremos un medicamento incluido en la Lista de Medicamentos del plan siempre que usted siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso de un medicamento que es *ya sea*:

- La Administración de Alimentos y Medicamentos aprobó el medicamento para el diagnóstico o afección para la cual se recetó.
- -- o -- tener el respaldo de determinadas referencias, como el compendio American Hospital Formulary Service Drug Information y el DRUGDEX Information System.

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

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo un nombre comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos basados 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.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. En general, los medicamentos genéricos y biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o producto biológico y, por lo general, cuestan menos. Existen medicamentos genéricos sustitutos o alternativas biosimilares disponibles para muchos medicamentos de marca y algunos productos biológicos.

Capítulo 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

¿Qué medicamentos *no* están incluidos en la Lista de Medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, nosotros decidimos no incluir un medicamento determinado en la Lista de medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la Lista de medicamentos. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Sección 3.2	Existen seis “niveles de gastos compartidos” para los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos
--------------------	---

Todos los medicamentos de la Lista de Medicamentos del plan se encuentran en uno de los seis niveles de costo compartido. Por lo general, cuanto más alto es el nivel de costo compartido, más alto es el costo que tiene que pagar por el medicamento:

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos, incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 2: medicamentos genéricos, incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 3 = medicamentos de marca preferidos; incluye medicamentos de marca preferidos y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 4 = medicamentos no preferidos, incluye medicamentos de marca no preferidos y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 5 = medicamentos de nivel especial, incluye medicamentos de marca y genéricos de alto costo (nivel más alto).
- Nivel 6 = medicamentos de atención selectiva, incluye medicamentos genéricos (nivel más bajo).

Para averiguar en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

La cantidad que usted paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Capítulo 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico forma parte de la Lista de medicamentos?

Tiene tres maneras de averiguarlo:

1. Consulte la última Lista de medicamentos que se enviamos en formato electrónico.
2. Visite el sitio web del plan (www.arkbluemedicare.com). La Lista de Medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llamar al Servicio de Atención al Cliente para saber si un medicamento está en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.

SECCIÓN 4 Hay restricciones de cobertura para algunos medicamentos.

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para determinados medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para alentarles a usted y a su proveedor para que usen los medicamentos en la forma más efectiva. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos. Si un medicamento seguro y de menor costo funcione como uno de mayor costo a nivel médico, las normas del plan están creadas para recomendarle a usted y a su proveedor que usen la opción de menor costo.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en función de la concentración, cantidad o forma del medicamento recetado por su proveedor de atención de la salud, y se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg; uno por día en comparación con dos por día; comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Las secciones que aparecen a continuación brindan más información sobre los tipos de restricciones que usamos para determinados medicamentos.

Si existe alguna restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor tendrán que seguir pasos adicionales para que podamos cubrirlo. Comuníquese con el Servicio al Cliente para saber qué necesitaría hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea que exoneremos la restricción para usted, deberá utilizar

Capítulo 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

el proceso de decisión de cobertura y pedirnos que hagamos una excepción. Podemos o no aceptar la eliminación de la restricción que solicitó. (Consulte el Capítulo 9).

Restringir medicamentos de marca cuando hay disponible una versión genérica

Por lo general un medicamento “genérico” es igual de efectivo que un medicamento de marca y suele costar menos. **En la mayoría de los casos, si hay una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le darán la versión genérica en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos ha indicado el motivo médico por el que el medicamento genérico no funcionará para usted, cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos brindarle cobertura para el medicamento. Esto se denomina **“autorización previa”**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos fármacos. Si no obtiene esta aprobación, su medicamento podría no ser cubierto por el plan.

Prueba de un medicamento diferente primero

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos, pero igual de eficaces, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede requerirle que pruebe primero el Medicamento A. Si el medicamento A no funciona con usted, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se llame **“terapia de pasos”**.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos limitamos la cantidad del medicamento que puede obtener cada vez que surte la receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla al día para un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento recetado a un máximo de una pastilla al día.

Capítulo 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría?****Sección 5.1 Hay ciertas cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría.**

Existen ciertas situaciones donde hay un medicamento recetado que está tomando, o uno que usted o su proveedor consideran que debería tomar que no se encuentra en nuestro formulario o se encuentra en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O una versión genérica del medicamento puede estar cubierta, pero la versión de marca que quiere tomar no lo está.
- El medicamento está cubierto, pero existen normas o restricciones adicionales en cuanto a la cobertura de ese medicamento, según se explica en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido que hace más costoso su costo compartido que lo que le parece justo.
- Hay cosas que puedes hacer si un medicamento no está cubierto del modo en que quisieras. Si tu medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulta la Sección 5.2 para saber qué hacer.
- Si el medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea mayor de lo que pensaba, consulte la Sección 5.3 para saber lo que puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no forma parte de la Lista de medicamentos o está restringido de algún modo?

Si su medicamento no forma parte de la Lista de Medicamentos o está restringido, estas son las opciones:

Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento.

Puede cambiar a otro medicamento.

Puede solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o elimine las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

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

Capítulo 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

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

- **Si usted es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su receta fue extendida por menos días, le permitiremos múltiples surtidos para brindar un suministro máximo de 30 días de medicamento. El medicamento recetado debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de los centros de cuidados a largo plazo puede brindar el medicamento en pequeñas cantidades por vez para evitar el desperdicio).

- **Para miembros que han estado en el plan durante más de 90 días y están internados en un centro de cuidados a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento en particular, o menos, si su receta indica menos días. Esto es adicional al suministro temporal anterior.

- Es posible que debido a cambios usted pase de un entorno de atención a otro. Durante este cambio de entorno de atención, se pueden recetar medicamentos que no estén cubiertos por su plan. Si esto ocurre, usted y su médico deben utilizar el proceso de solicitud de determinación de cobertura de su plan. Cuando sea admitido a un tipo de atención de largo plazo, o dado de alta de ella, es posible que no tenga acceso a los medicamentos que le administraban anteriormente. Sin embargo, para evitar una brecha en la atención, puede obtener una reposición (hasta un suministro de 30 días) tras el ingreso o el alta.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame al Servicio al Cliente.

Durante el tiempo que use un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se acabe el suministro temporal. Tienes dos opciones:

1) Puede cambiarse a otro medicamento

Hable con su proveedor sobre si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Servicio al Cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que pueda ser efectivo para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarnos hacer una excepción y cubrir el medicamento del modo que usted quisiera que esté cubierto. Si su proveedor dice tener razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, este puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted

Capítulo 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

puede solicitar que el plan cubra un medicamento incluso si este no forma parte de la Lista de Medicamentos del plan. O bien puede solicitar que el plan haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es un miembro actual y un medicamento que está tomando se eliminará del formulario o se restringirá de alguna manera para el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede pedir una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de 72 horas después de que recibamos su solicitud (o la declaración de apoyo de su médico). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes que el cambio tenga efecto.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 encontrará información sobre qué debe hacer. Explica los procedimientos y las fechas límite que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje pronta y justamente.

Sección 5.3	¿Qué puedes hacer si tu medicamento está en un nivel de costo compartido que consideras demasiado alto?
--------------------	--

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, a continuación se detalla lo que puede hacer:

Puede cambiarse a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que cree que es demasiado alto, hable con su proveedor. Podría haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Servicio al Cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que pueda ser efectivo para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar que el plan haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento para que usted pague menos por él. Si su proveedor dice tener razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, este puede ayudarlo a solicitar una excepción de la norma.

Si tú y tu proveedor quieren pedir una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 te dice qué hacer. Explica los procedimientos y las fechas límite que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje pronta y justamente.

Capítulo 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Los medicamentos en nuestro Nivel 5 (Medicamentos especializados) no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos la cantidad del costo compartido para los medicamentos en este nivel.

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año.

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se producen a principios de cada año (1.º de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede hacer algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de Medicamentos.**
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Añadir o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

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

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se produzcan cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea de forma regular. Más abajo, destacamos las veces que recibirá un aviso directo a si se realizan cambios en un medicamento que esté tomando.

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

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza a uno de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o a ambos)**
 - Nosotros podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una nueva versión genérica aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas

Capítulo 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

restricciones o menos. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones o ambas cuando se agrega el nuevo genérico.

- Es posible que no le avisemos antes de realizar dicho cambio: incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que hacemos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
 - Usted o el proveedor que emite la receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de Medicamentos que se retiran del mercado**
 - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podríamos retirar de inmediato el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo informaremos de inmediato.
 - La persona autorizada para extender recetas también sabrá acerca de este cambio y puede trabajar con usted en la búsqueda de otro medicamento para su afección.
 - **Otros cambios en medicamentos de la Lista de medicamentos**
 - Podemos hacer otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la Lista de medicamentos o cambiar el nivel de costos compartidos o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos. También podemos hacer cambios según las advertencias de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Para estos cambios, debemos darle un aviso del cambio con, al menos, 30 días de anticipación o darle un aviso del cambio y un resurtido de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
 - Después de recibir el aviso del cambio, debe trabajar con el proveedor que emite la receta para cambiar a un medicamento diferente que cubrimos o para satisfacer cualquier nueva restricción en el medicamento que está tomando.
 - Usted o el proveedor que emite la receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento para usted. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

Capítulo 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

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

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

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

- Pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Aplicamos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si alguno de estos cambios es por un medicamento que toma (excepto la retirada del mercado, reemplazo de un medicamento genérico por uno de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, es probable que no vea ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional en su uso del medicamento.

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

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

Si obtiene medicamentos que están excluidos, debe pagarlos usted mismo. Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido en virtud de la Parte D, lo pagaremos o cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

A continuación, se incluyen tres normas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán en virtud de la Parte D:

La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierta por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Capítulo 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.

Nuestro plan normalmente no puede cubrir usos no indicados en la etiqueta del medicamento. El “uso no aprobado” es cualquier uso de un medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento con la aprobación de la FDA.

- La cobertura del “uso no indicado en la etiqueta” está permitida solo cuando está respaldada por ciertas referencias, como el Formulario de Información sobre Medicamentos del Servicio Hospitalario Estadounidense y el Sistema de Información DRUGDEX.

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

- Los medicamentos sin receta (también denominados de venta libre)
- Medicamentos que se utilizan para estimular la fertilidad
- Medicamentos usados para aliviar la tos o los síntomas de resfrío
- Medicamentos usados para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello
- Las vitaminas y los productos minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y los preparados de flúor
- Medicamentos usados para el tratamiento de la disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos usados para el tratamiento de anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- Los medicamentos para pacientes ambulatorios cuando, como condición de venta, el fabricante solicite que los exámenes relacionados o los servicios de observación se realicen exclusivamente con él

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione su información de membresía

Para surtir su receta, proporcione la información de membresía de su plan, que se puede encontrar en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan *nuestra* parte del costo de sus medicamentos. Deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando retire su medicamento recetado.

Capítulo 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene con usted su información de membresía?

Si no tiene con usted su información de membresía del plan cuando obtiene su medicamento recetado, usted o algún empleado de la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo completo del medicamento recetado cuando la retire.** (Luego, puede **solicitar** que le **reembolsemos** nuestra parte. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7, para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso al plan).

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

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

Si te admiten en un hospital o centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan, en general, cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Una vez que salga del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre y cuando los medicamentos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura descritas en este capítulo.

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

En general, un centro de atención de largo plazo (long-term care, LTC), como una residencia con cuidados de enfermería, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra los medicamentos para todos sus residentes. Si reside en un centro de LTC, puede recibir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o la que usa, siempre que esta forme parte de nuestra red.

Para averiguar si la farmacia de su centro de LTC o la farmacia que usa forma parte de nuestra red, consulte el *Directorio de Farmacias*. Si no la tiene, o si necesita más información, comuníquese con el Servicio al Cliente. Si se encuentra en un centro LTC, debemos garantizar que pueda recibir habitualmente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

Capítulo 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

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

Consulte la Sección 5.2 sobre un suministro temporal o de emergencia.

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

Si actualmente tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su grupo empleador o de jubilados (o el de su cónyuge), comuníquese con el **administrador de beneficios de dicho grupo**. Quien puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos recetados actual con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura como empleado o grupal para jubilados, la cobertura de medicamentos que le brindemos será *secundaria* a la de su grupo de cobertura. Eso significa que su cobertura de grupo pagaría en primer lugar.

Nota especial sobre “cobertura acreditable”:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso en el que se indique si su cobertura de farmacia para el próximo año calendario es “acreditable”.

Si la cobertura del plan grupal es “acreditable”, significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que pagará, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta médica estándar de Medicare.

Conserve este aviso de cobertura acreditable, ya que es posible que las necesite después. Si te inscribes en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesites estos avisos para demostrar que mantuviste cobertura acreditable. Si no recibió un aviso de cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios de su grupo empleador o de jubilados, o del empleador o sindicato.

Sección 9.4	¿Qué sucede si usted está en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare?
--------------------	--

El centro para enfermos terminales y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o contra la ansiedad) que no están cubiertos por su centro de cuidados paliativos porque no están relacionados con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del proveedor que emite la receta o de su proveedor del centro de cuidados paliativos de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que deben estar cubiertos por nuestro

Capítulo 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

plan, pídale a su proveedor para enfermos terminales o proveedor que emite la receta que proporcione una notificación antes de surtir su receta.

En el caso de que revoque su elección de centro para enfermos terminales o sea dado de alta de este, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demora en una farmacia cuando su beneficio del centro de enfermos terminales de Medicare finaliza, traiga documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de medicamentos y manejo de medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a que los miembros usen los medicamentos en forma segura
--

Llevamos a cabo revisiones del uso de medicamentos entre nuestros miembros, a fin de ayudar a cerciorarnos de que reciban cuidados seguros y apropiados.

Realizamos una revisión cada vez que obtiene un medicamento recetado. También revisamos nuestros registros en forma regular. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales como por ejemplo:

- Posibles errores de medicamentos
- Medicamentos que tal vez no sean necesarios porque toma otro medicamento para tratar la misma afección
- Medicamentos que pueden no ser seguros ni adecuados para su edad o sexo
- Determinadas combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarlo si se toman al mismo tiempo
- Recetas para medicamentos que tengan principios activos a los cuales sea alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando
- Cantidades poco seguras de medicamentos opioides para el dolor

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

Capítulo 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**Sección 10.2 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de forma segura**

Tenemos un programa que ayuda a asegurar que nuestros miembros usen de forma segura sus opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa frecuentemente. Este programa es denominado un Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usted usa medicamentos opioides que recibe de varios médicos o farmacias, o si ha tenido una reciente sobredosis de opioides, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea adecuado y médicamente necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que su uso de opioides con receta médica no es seguro, podemos limitar cómo recibe esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas para medicamentos opioides de una cierta farmacia/de ciertas farmacias
- Exigirle que obtenga todas sus recetas para medicamentos opioides de un cierto médico/de ciertos médicos
- Limitando la cantidad de medicamentos opioides que cubriremos por usted

Si planeamos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta explicará las limitaciones que consideramos que deben aplicarse a usted. Tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y sobre cualquier otra información que considere importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación o con la limitación, usted y el proveedor que emite la receta tienen derecho a apelar. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le brindaremos una decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No será colocado en nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con cáncer activo o anemia falciforme, o si está recibiendo atención en un centro de cuidados paliativos o para el final de su vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Medication Therapy Management (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades complejas de la salud. Nuestro programa se denomina programa de Administración de Farmacoterapia (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de

Capítulo 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para que podamos asegurarnos de que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tienen costos elevados de medicamentos o están en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de salud le dará una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante esta revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto toma y cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

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

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos la información. Si decide no participar, notifíquenos y lo retiraremos. Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con Servicios al Cliente.



Capítulo 6.

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

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

¿Está recibiendo, actualmente, ayuda para pagar sus medicamentos?

Si forma parte de un programa que le ayuda con el pago de sus medicamentos, **es posible que cierta información de esta *Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta médica de la Parte D* no se aplique a su caso.** Le hemos enviado por separado una información adicional denominada “Cláusula Adicional de la Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos Recetados” (también llamada “Cláusula de Subsidio por Bajos Ingresos” o “Cláusula LIS”), que le informa sobre su cobertura de farmacia. Si no tiene este folleto, llame al Servicio de Atención al Cliente y pida la “Cláusula LIS”.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Use este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos
--------------------	---

Este capítulo se enfoca en lo que paga por los medicamentos recetados de la Parte D. Para hacer las cosas más simples, en este capítulo, usamos el término “medicamento” para hacer referencia a un medicamento recetado de la Parte D. Como se explicó en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D, algunos medicamentos están cubiertos bajo la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos por ley de la cobertura de Medicare.

Para comprender la información de pago, necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué normas seguir cuando reciba sus medicamentos cubiertos. Las secciones 1 a 4 del Capítulo 5 explican estas normas.

Sección 1.2	Tipos de costos de desembolso que puede tener que pagar por sus medicamentos cubiertos
--------------------	---

Existen diferentes tipos de costos de desembolso directo para los medicamentos de la Parte D. La cantidad que paga por un medicamento se llama “costo compartido”, y hay tres formas en las que se le puede pedir que pague.

- El “**deducible**” es la cantidad que usted debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- “**Copago**” es una cantidad fija que usted paga cada vez que surte una receta.
- “**Coseguro**” es un porcentaje del costo total del medicamento que usted paga cada vez que obtiene un medicamento recetado.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare sus costos de desembolso directo

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta para sus costos de desembolso. Estas son las reglas que debemos seguir para llevar un registro de sus costos de desembolso.

Estos pagos se incluyen en los costos a su cargo

Sus costos de desembolso directo incluyen los pagos que se enumeran a continuación (siempre y cuando sean para medicamentos cubiertos por la Parte D y usted haya seguido las reglas para la cobertura de farmacia que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando usted se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de cobertura para medicamentos:
 - Etapa de deducible
 - Etapa de cobertura inicial
 - La Etapa de Brecha en la Cobertura
- Los pagos que haya realizado durante este año calendario como asegurado con una cobertura de medicamentos con receta de Medicare antes de haberse inscrito en nuestra cobertura.

Es importante saber quién paga:

- Si **usted** realiza estos pagos, se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si son realizados en su nombre por **otras personas u organizaciones**. Esto incluye pagos de sus medicamentos que haya hecho un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones benéficas, los programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, o un Servicio de Salud Indígena. También están incluidos los pagos realizados por el programa de “Beneficio adicional” de Medicare.
- Se incluyen algunos pagos que hace el Programa de descuentos de brecha en la cobertura de Medicare. Se incluye la cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Sin embargo, no se incluye el monto que la póliza paga por sus medicamentos genéricos.

Cómo pasar a la Etapa de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos:

Cuando usted (o quien paga en su nombre) ha gastado un total de \$7,400 en costos a su cargo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de Brecha en la Cobertura a la Etapa de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos.

Los pagos no están incluidos en los costos de desembolso

Sus costos de desembolso **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios;
- medicamentos que no estén cubiertos por nuestra póliza;
- medicamentos que obtenga en una farmacia fuera de la red y que no cumplan con los requisitos del seguro respecto a cobertura fuera de la red;
- Medicamentos que no sean de la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- pagos que realice respecto de los medicamentos con receta que no suelen estar incluidos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- pagos por sus medicamentos genéricos o de marca realizados por la póliza mientras usted se encontraba en el lapso sin cobertura.
- pagos por sus medicamentos realizados por coberturas médicas grupales, incluidas las coberturas médicas disponibles a través de empleadores;
- pagos por sus medicamentos realizados por determinadas coberturas y programas médicos financiados por el gobierno, como TRICARE y el Departamento de Asuntos de Veteranos.
- pagos por sus medicamentos realizados por un tercero que tenga la obligación legal de pagar los gastos de los medicamentos con receta (por ejemplo, indemnización laboral).

Recuerde: Si cualquier otra organización como las mencionadas anteriormente paga parte o la totalidad de sus costos de desembolso por medicamentos, debe informar a nuestro plan llamando a Servicios al Cliente.

¿Cómo puede hacer un seguimiento del total de sus costos de desembolso?

- **Lo ayudaremos.** El informe de la EOB de la Parte D que recibe incluye la cantidad actual de sus costos de desembolso. Cuando esta cantidad alcance los \$7,400, en este informe se le indicará que ha salido de la Etapa de brecha en la cobertura y ha pasado a la Etapa de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2, se le brinda información sobre lo que usted puede hacer para ayudar a asegurar que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de cuál es su “etapa de pago de medicamentos” cuando recibe el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de BlueMedicare Classic (HMO)?

Hay cuatro “etapas de pago de los medicamentos” para su cobertura de farmacia de medicamentos recetados bajo BlueMedicare Classic (HMO). La cantidad que paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando surta o vuelva a surtir una receta. Los detalles de cada etapa se encuentran en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son:

Etapas 1: Etapa de deducible anual

Etapas 2: Etapa de cobertura inicial

Etapas 3: Etapa de brecha en la cobertura

Etapas 4: Etapa de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

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

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

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y los pagos que ha hecho cuando obtiene sus medicamentos recetados o se reabastece de ellos en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuándo ha pasado de una etapa de pago de los medicamentos a la siguiente. Específicamente, hay dos tipos de costos que controlamos:

- Hacemos un seguimiento de lo que usted ha pagado. Esto se denomina su costo **“a su cargo”**.
- Hacemos un seguimiento de su **“costo total por medicinas”**. Este costo es la cantidad que usted u otros pagan en su nombre más la cantidad que paga el plan.

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

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

- **Información para ese mes.** Este informe brinda los datos de pago sobre las recetas que surtiste durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que tú y otros en tu nombre pagaron.
- **Totales del año, desde el 1.º de enero.** Esto se denomina información “del año a la fecha”. Refleja el costo total por medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información acerca de aumentos en el precio desde la primera dispensación para cada reclamación de receta de la misma cantidad.
- **Recetas alternativas disponibles de menor costo.** Esto incluirá información de otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada reclamo de receta.

Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre los pagos de sus medicamentos.
--------------------	---

Para hacer un seguimiento de sus costos de medicamentos y los pagos hechos por medicamentos, usamos los registros que obtenemos de las farmacias. A continuación se describe cómo puede ayudarnos a que su información se mantenga actualizada y sea correcta:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surta una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que conocemos las recetas que está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que puede pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para realizar un seguimiento de sus costos de desembolso directo. Para ayudarnos a realizar un seguimiento de sus costos de desembolso directo, envíenos copias de estos recibos. Aquí hay ejemplos de cuándo debemos copias de sus recibos de medicamentos:
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
 - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan a través de un programa de asistencia al paciente de un laboratorio farmacéutico.
 - Cada vez que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o cuando haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si se le cobra un medicamento cubierto, puede solicitar que nuestro plan pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.

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

- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas han hecho por usted.** Los pagos realizados por ciertas otras personas y organizaciones también cuentan para sus costos de desembolso directo. Por ejemplo, los pagos que hace un programa de asistencia (ADAP) con medicamentos para el Sida, el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para los costos de desembolso. Mantener un registro de estos pagos y enviarnoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Consulte el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, llámenos a Servicios al Cliente. Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de Deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 3, 4 y 5

La Etapa de Deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Usted pagará un deducible anual de \$250 por medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5. **Usted debe pagar el costo completo de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5** hasta alcanzar la cantidad del deducible del plan. Para todos los otros medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. El “**costo total**” generalmente es menor que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red.

Una vez que usted ha pagado \$250 por sus medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, deja la etapa de deducible y pasa a la etapa de cobertura inicial.

No hay deducible para BlueMedicare Classic (HMO) para insulinas. Durante la etapa de deducible, sus costos de desembolso directo para cada producto de insulina serán de \$35 por un suministro de un mes.

SECCIÓN 5 Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde de sus costos de medicamentos y usted paga su parte.

Sección 5.1	Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surta su receta
--------------------	--

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos, y usted paga su parte (su cantidad de copago o de coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar donde obtenga el medicamento recetado.

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

El plan tiene seis niveles de costo compartido

Todos los medicamentos de la Lista de Medicamentos del plan se encuentran en uno de los seis niveles de costo compartido. Por lo general, cuanto más alto es el número del nivel de costo compartido, más alto es el costo que usted debe pagar por el medicamento:

- Nivel 1 = medicamentos genéricos preferidos, incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 2 = medicamentos genéricos, incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 3 = medicamentos de marca preferidos; incluye medicamentos de marca preferidos y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 4 = medicamentos no preferidos, incluye medicamentos de marca no preferidos y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 5 = medicamentos de nivel especial, incluye medicamentos de marca y genéricos de alto costo (nivel más alto).
- Nivel 6 = medicamentos de atención selectiva, incluye medicamentos genéricos (nivel más bajo)

Para averiguar en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacias

Lo que usted paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento en:

- Una farmacia minorista de la red
- Una farmacia que no forma parte de la red del plan. Cubrimos medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información acerca de cuándo cubriremos un medicamento recetado que se obtiene en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de servicio de orden por correo del plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y sobre cómo obtener sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* del plan.

Sección 5.2	Tabla que refleja sus costos para el suministro de un medicamento para <i>un mes</i>
--------------------	---

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

Como se muestra en la siguiente tabla, la cantidad del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido.

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

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

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

Nivel	Costo compartido de farmacia minorista estándar (dentro de la red) (hasta 30 días de suministro)	Costo compartido de los pedidos por correo (hasta 30 días de suministro)	Costos compartidos de la atención de largo plazo (long-term care, LTC) (Hasta 31 días de suministro)	Gastos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (Hasta 30 días de suministro)
Nivel de costo compartido 1 (Genéricos preferidos)	Copago de \$3	Copago de \$3	Copago de \$3	Copago de \$3
Nivel de costo compartido 2 (Genéricos)	\$13 de copago	\$13 de copago	\$13 de copago	\$13 de copago
Nivel de costo compartido 3 (De marca preferidos)	\$40 de copago Los productos de insulina tendrán un copago de \$35.	\$40 de copago Los productos de insulina tendrán un copago de \$35.	\$40 de copago Los productos de insulina tendrán un copago de \$35.	\$40 de copago Los productos de insulina tendrán un copago de \$35.
Nivel de costo compartido 4 (medicamentos no preferidos)	Coseguro del 31 % Los productos de insulina tendrán un copago de \$35.	Coseguro del 31 % Los productos de insulina tendrán un copago de \$35.	Coseguro del 31 % Los productos de insulina tendrán un copago de \$35.	Coseguro del 31 % Los productos de insulina tendrán un copago de \$35.

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

Nivel	Costo compartido de farmacia minorista estándar (dentro de la red) (hasta 30 días de suministro)	Costo compartido de los pedidos por correo (hasta 30 días de suministro)	Costos compartidos de la atención de largo plazo (long-term care, LTC) (Hasta 31 días de suministro)	Gastos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (Hasta 30 días de suministro)
Nivel de costo compartido 5 (Nivel especializado)	Coseguro del 29 %	Coseguro del 29 %	Coseguro del 29 %	Coseguro del 29 %
Nivel de costo compartido 6 (Medicamentos de atención selecta)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0

Sección 5.3 Si su médico receta un suministro para menos de un mes, usted podría no tener que pagar el costo de un suministro para todo el mes.

En general, la cantidad que paga por un medicamento recetados cubre el suministro de todo un mes. Habrá veces cuando usted o su médico deseen un suministro para menos de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando esté probando un medicamento por primera vez). También puede solicitarle al médico que recete, y que su farmacia suministre, menos de un suministro de sus medicamentos para un mes completo, si esto lo ayudará a planear mejor las fechas de renovación de los diferentes medicamentos recetados.

Si recibe un suministro para menos de un mes completo, usted no tendrá que pagar por el suministro total del mes.

- Si es responsable del coseguro, usted paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de un copago por un medicamento, solo pagará según el número de días del medicamento que recibe en lugar de todo un mes. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (la “tarifa diaria de costo compartido”) y lo multiplicaremos por el número de días del medicamento que recibe.

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D**Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento a largo plazo (hasta 100 días)**

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”). Un suministro a largo plazo es un suministro máximo de 100 días.

En el siguiente cuadro, se muestra lo que debe pagar al obtener un suministro a largo plazo de un medicamento.

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

Su parte del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

Nivel	Costo compartido de farmacia minorista estándar (dentro de la red) (Hasta 100 días de suministro)	Costo compartido de los pedidos por correo (Hasta 100 días de suministro)
Nivel de costo compartido 1 (Genéricos preferidos)	\$6 de copago	\$6 de copago
Nivel de costo compartido 2 (Genéricos)	\$26 de copago	\$26 de copago
Nivel de costo compartido 3 (De marca preferidos)	\$80 de copago	\$80 de copago
Nivel de costo compartido 4 (medicamentos no preferidos)	Coseguro del 31 %	Coseguro del 31 %
Nivel de costo compartido 5 (Nivel especializado)	No cubierto	No cubierto
Nivel de costo compartido 6 (medicamentos de atención selecta)	Copago de \$0	Copago de \$0

Sección 5.5 Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que su costo total por medicamentos del año alcance los \$4,660

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que la cantidad total de los medicamentos recetados que haya surtido alcance el límite de **\$4,660 para la Etapa de cobertura inicial.**

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

Ofrecemos cobertura adicional de algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos con receta de Medicare. Los pagos efectuados por estos medicamentos no se considerarán para su límite de cobertura inicial o los costos a su cargo totales.

La EOB de la Parte D que recibe lo ayudará a realizar un seguimiento de cuánto usted, el plan y cualquier tercero han gastado en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$4,660 en un año.

Le informaremos si alcanza esta cantidad. Si alcanza esta cantidad, usted dejará de permanecer en la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa de Brecha en la Cobertura. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo Medicare calcula sus costos de desembolso.

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de brecha en la cobertura

Cuando está en la Etapa de Brecha en la Cobertura, el Programa de Descuentos para la Brecha en la Cobertura de Medicare proporciona descuentos de fabricantes en medicamentos de marca. Paga el 25 % del precio negociado y una parte del cargo de surtido de medicamentos por medicamentos de marca. Tanto el monto que paga como el monto descontado por el fabricante cuentan hacia sus costos a su cargo como si los hubiera pagado y lo mueven en la brecha de cobertura.

También recibes alguna cobertura por medicamentos genéricos. Usted paga un copago de \$0 para medicamentos de nivel 6. Para los medicamentos de todos los demás niveles, no paga más del 25 % del costo por los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Solo el monto que pagas cuenta y te hace pasar la brecha de cobertura.

Usted continúa pagando estas cantidades hasta que sus pagos de los costos de desembolso anuales alcancen la cantidad máxima que Medicare ha establecido. Una vez que alcance esta cantidad de \$7,400, saldrá de la Etapa de Brecha en la Cobertura y pasará a la Etapa de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos.

Medicare tiene normas sobre lo que se contempla y lo que *no* se contempla como su costo de desembolso (Sección 1.3).

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos.

Usted ingresa a la Etapa de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos cuando sus costos de desembolso han alcanzado el límite de \$7,400 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos, usted permanecerá en esta etapa de pago durante el resto del año calendario.

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

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos. Usted pagará:

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, el que sea *mayor*:
 - – *ya sea*– un coseguro del 5 % del costo del medicamento;
 - – *o* – \$4.15 para un medicamento genérico o un medicamento que es tratado como genérico y \$10.35 para todos los demás medicamentos.

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

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Para obtener más información, llame al Servicio al Cliente.

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

La primera parte de la cobertura es el costo de la **vacuna en sí**.

La segunda parte de la cobertura es el costo de su **aplicación de la vacuna**. (En ocasiones, esto se denomina “administración” de la vacuna).

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

- 1. El tipo de vacuna** (contra qué se vacuna).
 - Algunas vacunas son consideradas beneficios médicos. (Consulte la *Tabla de Beneficios Médicos [qué está cubierto y qué paga usted]* en el Capítulo 4).
 - Otras vacunas son consideradas medicamentos de la Parte D. Usted puede encontrar estas vacunas en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan.
- 2. Dónde recibe la vacuna.**
 - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.
- 3. La persona que le aplica la vacuna.**
 - Un farmacéutico puede administrar la vacuna en la farmacia, u otro proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que paga en el momento en que recibe la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la etapa del fármaco en la que se encuentre.

A veces, cuando recibe una vacuna, tiene que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo para que el proveedor le administre la vacuna. Puede solicitar que nuestro plan le reembolse nuestra parte del costo.

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

Otras veces, cuando reciba una vacuna, pagará solo su parte del costo en virtud de su beneficio de la Parte D.

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

Situación 1: Usted se vacuna en la farmacia de la red. (La disponibilidad de esta opción depende de dónde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias apliquen vacunas).

- Usted pagará a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de administrarle la vacuna.
- Nuestro plan pagará los costos restantes.

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

- Cuando reciba la vacuna, pagará el costo total de la vacuna en sí y el costo para que el proveedor se la administre.
- Luego puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos que son descritos en el capítulo 7.
- Se le reembolsará la cantidad que pagó menos su coseguro o copago habitual por la vacuna (incluida su aplicación) menos cualquier diferencia entre la cantidad que cobra el médico y lo que normalmente pagamos nosotros. (Si obtiene “Ayuda adicional” le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia y luego la lleva al consultorio de su médico para la aplicación.

- Deberá pagar a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le aplique la vacuna, usted pagará el costo total de este servicio. Luego, puede solicitar que nuestro plan pague nuestra parte del costo usando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará la cantidad que cobró el médico por aplicarle la vacuna, menos cualquier diferencia entre la cantidad que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si obtiene “Ayuda adicional” le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7:

*Cómo solicitarnos que paguemos
nuestra parte de una factura que
usted ha recibido por servicios
médicos o medicamentos cubiertos*

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

A veces cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, necesita pagar el costo total. En otras ocasiones, puede descubrir que ha pagado más de lo que esperaba en virtud de las normas de cobertura del plan. En estos casos, puede solicitar que nuestro plan le reintegre el pago (el reintegro del pago, por lo general, se denomina “reembolso”). Tiene derecho a que nuestro plan le reintegre el pago siempre que usted haya pagado más que su parte del costo por los servicios médicos o los medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Puede haber fechas límite que deba cumplir para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que ha recibido o posiblemente por más de su parte del costo compartido como se analiza en el documento. Primero intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Analizaremos la factura y decidiremos si los servicios deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si se contrata a este proveedor, usted aún tiene derecho a recibir tratamiento.

A continuación, encontrará ejemplos de situaciones en las que posiblemente necesite solicitar que nuestro plan le reintegre un pago o que pague una factura que usted haya recibido:

1. Cuando haya recibido atención médica de emergencia o de urgencia necesaria por parte de un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan

Puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor sea o no parte de nuestra red. En estos casos,

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo por servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencias están legalmente obligados a proporcionar cuidado de emergencia. Si, accidentalmente, usted mismo paga la cantidad total en el momento en que recibe la atención, solicítenos que le reintegremos nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- Usted recibe una factura por parte de un profesional médico en la que se solicita un pago que usted cree que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con la documentación de los pagos que ya haya hecho.
 - Si se le adeuda algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si ya pagaste más que tu parte del costo del servicio, determinaremos cuánto adeudas y te devolveremos nuestra parte del costo.

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Los proveedores de la red siempre deberían facturarle al plan directamente y deberían solicitarle su parte del costo únicamente. Sin embargo, algunas veces cometen errores y le solicitan que pague más que su parte.

- Solo tiene que pagar su cantidad de costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales aparte, lo que se denomina “facturación de saldo”. Esta protección (de que usted nunca pagará más de la cantidad de costo compartido que le corresponde) se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red que crea que es más de lo que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el prestador de servicios médicos directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagaste una factura a un proveedor de la red, pero crees que pagaste demasiado, envíenos la factura y la documentación de los pagos que hayas hecho, y pídenos el pago de la diferencia entre el monto que pagaste y el que adeudas en virtud del plan.

3. Si te inscribiste en forma retroactiva en nuestro plan

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

Si se afilió retroactivamente en nuestro plan y ya pagó como costo de desembolso cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reintegremos nuestra parte de los costos. Nos deberá presentar la documentación, como recibos y facturas, para que manejemos el reembolso.

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para obtener un medicamento recetado

Si se dirige a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no nos pueda presentar directamente la reclamación. En ese caso, usted deberá pagar el costo completo de su medicamento recetado.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reintegremos el pago de nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para ver un análisis de estas circunstancias.

5. Cuando paga el costo completo de un medicamento recetado porque no tiene con usted su tarjeta de miembro del plan

Si no tiene con usted su tarjeta de miembro del plan, puede solicitar que la farmacia llame al plan o que consulte su información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

puede obtener de inmediato la información sobre la inscripción que necesita, es posible que usted mismo deba pagar el costo completo del medicamento recetado.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reintegremos el pago de nuestra parte del costo. **6. Cuando pagas el costo total de una receta en otras situaciones**

Es posible que pagues el costo total de la receta porque descubres que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no forme parte de la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan; o podría tener un requisito o una restricción que no conocía o que no consideraba que debería aplicar a usted. Si decide recibir el medicamento de inmediato, es posible que necesite pagar el costo total del mismo.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reintegremos. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle la parte del costo que nos corresponde pagar.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitar que le reintegremos un pago o que paguemos una factura que ha recibido

Puede solicitarnos que le reembolsemos el dinero enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de su factura y de sus recibos como constancia. **Debe presentarnos su reclamo en un plazo de 12 meses para los reclamos médicos o de 36 meses para los reclamos de medicamentos recetados** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

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

- No está obligado a usar el formulario, pero nos ayudará a procesar más rápido la información. Para tomar una decisión, necesitamos la siguiente información: Nombre y dirección del miembro, número de identificación del miembro, fecha del servicio, nombre del proveedor, el servicio prestado y el monto pagado.
- Puede descargar una copia del formulario de nuestro sitio web (www.arkbluemedicare.com) o llamar al Servicio al Cliente y pedir el formulario.

Envíe su solicitud de pago por reclamos médicos por correo junto con todas las facturas o todos los recibos a esta dirección:

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

BlueMedicare Classic (HMO)
P.O. Box 3648
Little Rock, AR 72203

Envíe su solicitud de pago por reclamos de medicamentos con receta médica por correo junto con toda factura o todo recibo a esta dirección:

BlueMedicare Classic (HMO)
Prime Therapeutics (Med D)
P.O. Box 20970
Lehigh Valley, PA 18002-0970

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos

Sección 3.1	Verificamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto adeudamos.
--------------------	---

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

Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.

Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o usted *no* cumplió con todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta que explica las razones por las cuales no enviamos el pago y sus derechos de apelar esa decisión.

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

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o la cantidad que estamos pagando, puede presentar una apelación. La presentación de una apelación significa que usted nos está solicitando que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límite importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.



CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1	Debemos brindar información de una forma que funcione para usted y de acuerdo con sus sensibilidades culturales (en idiomas diferentes al inglés y en letra grande).
--------------------	---

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los inscritos, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellos con diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en letra grande sin costo si es necesario. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Customer Service.

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

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

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, consultar a especialistas en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja formal ante BlueMedicare Classic (HMO) al 1-800-331-2285. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2	Debemos garantizar que obtenga acceso de forma oportuna a sus servicios y medicamentos cubiertos.
--------------------	--

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para proporcionar y organizar sus servicios cubiertos. No le exigimos que obtenga referencias para visitar a proveedores de la red.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un período razonable*. Esto incluye el derecho de obtener servicios brindados por especialistas, de manera oportuna, cuando usted necesita esa atención. También tiene derecho a dispensar una receta o de reabastecerla en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras largas.

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

SECCIÓN 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal
--------------------	---

Existen leyes federales y estatales que protegen la privacidad de sus registros médicos y de la información de salud personal. Protegemos su información de salud personal, según exigen estas leyes.

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que nos brindó cuando se afilió a este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información médica. Le proporcionamos un aviso por escrito denominado “Aviso de Práctica de Privacidad”, que brinda información sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada revise ni altere sus registros.
- Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información médica a alguien que no le brinde atención o no pague por su atención, *estamos obligados a obtener su permiso por escrito o el de alguien a quien usted le haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted primero*.
- Hay ciertas excepciones en las cuales no debemos obtener su permiso escrito antes. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.
 - Nos obligan a difundir información médica a agencias gubernamentales que estén comprobando la calidad de la atención.
 - Dado que usted es un miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos brindarle a Medicare su información de salud, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, dicha divulgación se hará conforme a las leyes y reglamentaciones federales. En general, esto requiere que no se divulgue la información que permita identificarle.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Puede ver la información en sus registros y saber cómo se comparte con otras personas

Tiene derecho a ver sus registros médicos en poder del plan y a obtener una copia de sus registros. Tenemos permiso para cobrarle un cargo por las copias. También tiene derecho a solicitarnos que agreguemos información o corriamos sus registros médicos. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer los cambios.

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

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

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

Como miembro de BlueMedicare Classic (HMO), tiene derecho a obtener varios tipos de información de nuestra parte.

Si quiere alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicio al Cliente:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre las condiciones financieras del plan.
- **Información sobre nuestros proveedores y farmacias de la red.** Usted tiene derecho a recibir información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red, y sobre cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y normas que debe cumplir cuando usa su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto o si su

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.5	Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención
--------------------	--

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

Tiene derecho a obtener toda la información por parte de su médico y otros proveedores de atención de la salud. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted comprenda*.

También tiene derecho a participar por completo en las decisiones acerca del cuidado de su salud. A fin de ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de cuál es el mejor tratamiento para usted, a continuación se enumeran algunos de sus derechos:

- **A conocer todas sus opciones de tratamiento.** Tiene derecho a recibir información sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su costo o de si están cubiertas por nuestro plan. También incluye recibir información sobre programas que ofrece nuestro plan, a fin de ayudar a que los miembros administren sus medicamentos y usen los medicamentos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo que conlleve su atención. Se le debe informar con anticipación si algún tratamiento o atención médica propuestos forman parte de un experimento de investigación. Siempre puede rechazar tratamientos experimentales.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar todo tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si rechaza un tratamiento o deja de tomar el medicamento, usted acepta su entera responsabilidad por lo que le suceda a su cuerpo como consecuencia de ello.

Tiene derecho a brindar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas usted mismo.

A veces, las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir qué quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede:

- Complete un formulario por escrito **para dar a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez no puede tomar decisiones por usted mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo quiere que manejen su atención médica si no puede tomar decisiones por usted mismo.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Los documentos legales que puede utilizar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones reciben el nombre de “**directivas anticipadas.**” Hay distintos tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para ellas. Documentos llamados “**herencia en vida**” y “**poder para la atención médica**” son ejemplos de directivas anticipadas.

Si quiere usar una “directiva anticipada” para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener una directiva anticipada a través de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de artículos de oficina. En ocasiones, las organizaciones que brindan información sobre Medicare pueden suministrarle los formularios de directiva anticipada.
- **Complételo y firmelo.** Sin importar en dónde lo consiga, tenga en cuenta que este formulario es un documento legal. Debes considerar contar con la ayuda de un abogado que te ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas que correspondan.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario que puede tomar decisiones por usted si no puede hacerlo. Le recomendamos que entregue copias a sus parientes y amigos más cercanos. Conserve una copia en su casa.

Si sabe de antemano que será hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve consigo una copia cuando vaya al hospital.**

En el hospital le preguntarán si tiene un formulario de directiva anticipada firmado y si lo tiene consigo.

Si no firmó un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene a disposición formularios, y se le preguntará si quiere firmar uno.

Recuerde, tiene la capacidad de elegir si quiere completar un mandato para el tratamiento médico (que incluye si quiere firmar uno si está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo porque haya firmado o dejado de firmar una directiva anticipada para el tratamiento médico.

¿Qué sucede si no se cumplen sus instrucciones?

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones allí establecidas, puede presentar una queja ante:

Arkansas Department of Health
4815 West Markham Street
Little Rock, Arkansas 72205-3867

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura, o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le informa qué puede hacer. Independientemente de lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **debemos tratarlo justamente.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si considera que lo están tratando de manera injusta o que no se están respetando sus derechos?

Cuando se trate de un caso de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles.

Si considera que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos por motivos de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad orientación sexual o país de origen, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o llame a su oficina local de Derechos Civiles.

¿Se trata de otro tema?

Si considera que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos, *y no se trata de un caso de discriminación*, puede obtener ayuda para manejar el problema que tiene:

- También puede **llamar al Servicio al Cliente.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana (TTY: 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- También puede llamar al Servicio al Cliente.
- Puede **llamar al SHIP.** Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare.**
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Derechos y Protecciones de Medicare”. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana (TTY: 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

A continuación se describe lo que debe hacer como miembro del plan. Si tiene preguntas, llame al Servicio al Cliente.

- **Familiarícese con sus cuidados médicos que están cubiertos y con las normas que debe cumplir para obtener estos cuidados.** Use esta *Evidencia de Cobertura* para saber qué tiene cubierto y las reglas que debe cumplir para obtener sus servicios cubiertos.
 - Los capítulos 3 y 4 proporcionan los detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los capítulos 5 y 6 proporcionan los detalles sobre su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- Si tiene cualquier otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos recetados, además de nuestro plan, debe informarnos al respecto. El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención de la salud que está afiliado a nuestro plan.** Muestre su tarjeta de miembro del plan siempre que obtenga su atención médica o sus medicinas recetadas de la Parte D.
- Ayude a que sus médicos y otros proveedores puedan ayudarlo brindándoles información, haciendo preguntas y siguiendo adelante con su atención.
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que acuerdes con tus médicos.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan acerca de todos los medicamentos que está tomando, incluidos medicamentos sin recetas, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda comprender.
- **Ser considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. Esperamos que actúe de manera tal que ayude al buen funcionamiento del consultorio del médico, el hospital y otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de estos pagos:
 - Debe seguir pagando una prima para su Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio o el medicamento.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Si se requiere que pague una cantidad adicional de la Parte D debido a su ingreso anual, usted debe seguir pagando la cantidad adicional directamente al gobierno para permanecer como miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, debemos conocer esta información** para que podamos mantener actualizado su registro de miembro y saber cómo comunicarnos con usted.
- Si se muda *fuera* del área de cobertura de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.
- Si se muda, también es importante comunicárselo al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para manejar problemas e inquietudes:

Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.

Para otros problemas, necesita usar el **proceso para presentar quejas**; también llamado quejas formales.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene normas, procedimientos y fechas límite que debemos seguir nosotros y usted.

La guía en la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso adecuado que deberá usar y qué debería hacer.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

Algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite explicados en este capítulo contienen términos legales. Muchos de estos términos resultan poco familiares para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de comprender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Usa palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo, por lo general, habla de “presentar una queja” en lugar de “iniciar un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación de riesgos”, y “organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”.
- También usa la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces muy importante, para usted conocer los términos legales correctos. Conocer los términos que debe usar lo ayudará a comunicarse de manera más precisa para obtener la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarlo a conocer los términos que debe usar, incluimos términos legales cuando le brindamos información detallada sobre cómo manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Estamos siempre a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre nuestro tratamiento, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el Servicio al Cliente para obtener ayuda. Pero, en algunas situaciones, le

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

recomendamos obtener ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. A continuación se presentan dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa de Asistencia para Seguro Médico Estatal (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender qué proceso debería usar para manejar un problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, proporcionarle más información y ofrecerle una orientación acerca de lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y la URL del sitio web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe usar para manejar su problema?

Si tiene un problema o inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La guía que aparece a continuación lo ayudará.

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

¿Su problema o inquietud se relacionan con sus beneficios o con su cobertura?

Esto incluye problemas sobre si la atención médica o los medicamentos recetados están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados.

Sí.

Vaya a la próxima sección de este capítulo, la **Sección 4: “Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

No.

Salta a la **Sección 10** al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otras inquietudes”**.

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1	Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: visión general
--------------------	---

Las decisiones de cobertura y apelaciones manejan problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados, incluidos los pagos. Este es el proceso que se usa para asuntos como si algo está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos en relación con sus beneficios y su cobertura, o con la cantidad que pagaremos por sus medicamentos o servicios médicos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted cada vez que recibe atención médica de su parte o si su médico de la red lo deriva a un especialista médico. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se niega a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que usted lo reciba, puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura por usted. En circunstancias limitadas, se descartará una solicitud de

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

decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se descartará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que se explica por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos lo que usted tiene cubierto y la cantidad que pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que un medicamento o servicio no está cubierto por Medicare o que lo ha dejado de cubrir. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, usted puede presentar una apelación.

Presentación de una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un servicio, y usted no está satisfecho, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una apelación acelerada o “rápida” de una decisión de cobertura. Las personas que manejen su apelación serán revisores diferentes de los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, a esto se le conoce como una apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para verificar si hemos cumplido con todas las normas como corresponde. Le damos nuestra decisión al completar la revisión. En circunstancias limitadas, se desestimará la solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se descartará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos la solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso en la que le explicaremos por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si no desestimamos su caso, pero rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, podrá recurrir a una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 la lleva a cabo una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros. (Las apelaciones para servicios médicos y medicamentos de la Parte B se enviarán automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2; usted no necesita hacer nada. Para las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si decimos que no a toda o parte de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan más a fondo en la Sección 6 de este capítulo). Si no está satisfecho con la decisión tomada en la apelación de Nivel 2, usted puede recurrir a varios otros niveles de apelación (La Sección 9 de este capítulo le informa más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones).

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación**

Estos son algunos recursos si decide pedir algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede llamarnos al Servicio al Cliente.
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud.

Su médico puede hacer el pedido por usted. Si su médico ayuda con una apelación posterior al Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicio al Cliente y solicite el formulario “Designación de representante”. (El formulario también está en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).

- Para atención médica o medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación se rechaza en el Nivel 1, automáticamente se enviará al Nivel 2.
- Para medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otra persona que recete puede solicitar una decisión de cobertura o apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico u otra persona que recete puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si quiere, puede nombrar a otra persona para que actúe por usted como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.

Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame al Servicio al Cliente y solicite el formulario de “Designación de representante”. (El formulario también está en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario da a la persona permiso para actuar en tu nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que le gustaría que actúe en su nombre. Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado.
- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario de tu solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar la decisión sobre tu apelación), se desestimarán tu solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos una notificación por escrito explicando su derecho a preguntar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de descartar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que lo represente.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También hay grupos que le brindarán

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

servicios legales gratuitos si reúne los requisitos. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo le brinda información detallada para su situación?
--------------------	---

Hay cuatro situaciones diferentes que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene normas y fechas límite diferentes, le brindamos información detallada de cada una de ellas en una sección por separado:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto”
(Se aplica a estos servicios únicamente: atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios [CORF])

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame al Servicio al Cliente. También puede obtener ayuda o información por parte de organizaciones gubernamentales, tales como su SHIP.

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 5.1	Esta sección le indica lo que debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reintegremos el pago de nuestra parte del costo de su atención
--------------------	---

Esta sección trata sus beneficios para atención y servicios médicos. Estos beneficios están descritos en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*. Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica”, que incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes normas para una

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

solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos recetados de la Parte B de las normas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. No está recibiendo determinada atención médica que usted desea y cree que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicitud de una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no autorizará la atención médica que su médico u otro proveedor médico quieren que reciba, y usted cree que esta atención está cubierta por el plan. **Solicitud de una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Ha recibido atención médica que usted cree que debería estar cubierta por el plan, pero nos hemos negado a pagar por esta atención. **Presentación de una apelación. Sección 5.3.**
4. Ha recibido atención médica que usted cree que debería estar cubierta por el plan, ha pagado por ella y desea solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le ha informado que se reducirá o se interrumpirá la cobertura de determinada atención médica previamente aprobada que ha estado recibiendo y usted considera que la reducción o la interrupción de esta atención podrían afectar su salud. **Presentación de una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se detendrá es para atención hospitalaria, atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF), debe leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

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

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo pedir una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se denomina **“determinación de la organización”**.

Una “decisión de cobertura rápida” en ocasiones se denomina **“determinación de cobertura acelerada”**.

Paso 1: Decida si necesita una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

Una “decisión de cobertura estándar” generalmente se toma en un plazo de 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, se toma una “decisión de cobertura rápida” en un plazo de 72 horas para los servicios médicos o dentro de las 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- *Solo puede solicitar* cobertura de atención médica que aún *no haya recibido*.
- Puede recibir una decisión rápida de cobertura *solo* si el plazo límite estándar podría *causar un daño grave a su salud o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente acordaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explica que usaremos las fechas límite estándares.
 - Explica que si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
 - Allí se explica que puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Pídale a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para presentar su solicitud de autorización, a fin de que le proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

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

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y nosotros le respondemos.

Para las decisiones de cobertura estándar utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en el plazo de **14 días calendario** después de haber recibido su solicitud **para un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud.

- **No obstante**, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* debemos tardar días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Para las decisiones rápidas de cobertura, utilizamos un plazo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de **72 horas** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos en un plazo de **24 horas**.

- **Sin embargo**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días más**. Si tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* debemos tardar días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para ver información sobre quejas). Lo llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
- **Si en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique las razones de dicho rechazo.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede presentar una apelación.

- Si decimos que no, tiene derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1****Términos legales**

Una apelación al plan en relación con una decisión de cobertura de atención médica se denomina **“reconsideración”** del plan.

Una “apelación rápida” también se denomina **“reconsideración acelerada”**.

Paso 1: Decida si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

Una “apelación estándar” generalmente se presenta en un plazo de 30 días. Una “apelación rápida” generalmente se presenta en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención que aún no ha recibido, usted o su médico necesitarán decidir si necesita una “apelación rápida”. Si su médico nos informa que su salud requiere una “apelación rápida”, presentaremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida”, y aparecen en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Pida a nuestro plan una apelación o una apelación rápida.

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** También puede pedir una apelación llamándonos. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Si está solicitando una apelación rápida, presente una apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha de la notificación por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tiene una buena razón para no hacerlo, explique el motivo de la demora de su apelación cuando la presente. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de buenas causas pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o que le hayamos proporcionado información incorrecta o incompleta acerca de la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica.** Usted y su médico pueden proporcionarnos información adicional para respaldar su apelación.

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

Paso 3: Nosotros consideramos su apelación y le respondemos.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, analizamos detenidamente toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente comunicándonos con usted o con su médico.

Fechas límite para una “apelación rápida”

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le responderemos antes si su salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si usted solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o un servicio médico. Si tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos un tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le respondemos en un plazo de 72 horas (o al final del plazo extendido si tomamos días adicionales), debemos enviar su solicitud automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es Sí a una parte o a todo lo que solicitó**, debemos autorizar o proveer la cobertura que acordamos proporcionar en el plazo de las 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o una parte de lo que solicitó**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para procesar una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Fechas límite para una “apelación estándar”

- Para las apelaciones estándares, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es por un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su afección médica así lo requiere.
 - Sin embargo, si usted solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o un servicio médico. Si tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más

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

tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.

- Si cree que *no* debemos tardar días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para ver información sobre quejas).
- Si no le respondemos para la fecha límite antes mencionada (o al final del plazo extendido), enviaremos su solicitud automáticamente al Nivel 2 de apelaciones, donde una organización de revisión independiente revisará su apelación. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si respondemos Sí a todo o parte de lo que solicitó**, debemos autorizar o suministrar la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es por un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si solicitó un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se presenta una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal de la “organización de revisión independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. En ocasiones, se denomina “**IRE**”.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está conectada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Enviaremos a esta organización la información acerca de su apelación. Esta información se denomina “archivo del caso”. **Tiene el derecho de pedirnos una copia del archivo de su caso.**
- Tiene derecho a brindar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán en detalle toda la información relacionada con su apelación.

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

Si tuvo una “apelación rápida” en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2

- Para la “apelación rápida”, la organización de revisión le debe dar una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por un artículo o servicio médico, y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **esto puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una “apelación estándar” en el Nivel 1, también tendrá una “apelación estándar” en el Nivel 2

- Para la “apelación estándar”, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** después de que reciba su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de **7 días calendario** después de que reciba su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por un artículo o servicio médico, y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **esto puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le responde.

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito y explicará las razones que la avalan.

- **Si la organización de revisión acepta parte o la totalidad de lo que solicitó para un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándares. Para las solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión acepta parte o la totalidad de lo que solicitó para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándares**. Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.

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

- **Si esta organización rechaza su apelación en su totalidad o en parte**, significa que dicha organización está de acuerdo con nosotros respecto de que no debería aprobarse su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. (Esto se llama “reafirmar la decisión” o “rechazar su apelación”. “) En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - Explicación de la decisión.
 - Notificando el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple con un cierto mínimo. El aviso escrito que recibe de la organización de revisión independiente le informará de la cantidad en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Información sobre cómo presentar una apelación de nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, decide si quiere llevar al siguiente paso su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, la información detallada sobre cómo hacerlo se encuentra en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. La Sección 9 de este capítulo le informa más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5	¿Qué sucede si nos solicita que le paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por atención médica?
--------------------	--

El Capítulo 7 describe cuándo usted puede solicitar un reembolso o el pago de una factura que haya recibido de un proveedor. También indica cómo enviarnos la documentación mediante la cual se nos solicita el pago.

Solicitar un reembolso significa solicitarnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación que solicita el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. A fin de tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica por la que usted pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si cumplió todas las normas para el uso de la cobertura de atención médica.

Si decimos que sí a su solicitud: Si la atención médica está cubierta y usted cumplió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su solicitud. Si no pagó los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor.

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

Si decimos que no a su solicitud: Si la atención médica *no* está cubierta o si usted *no* cumplió todas las normas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta que indique que no pagaremos los servicios, y los motivos de no hacerlo.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede presentar una apelación.** Si presentas una apelación, significa que nos pides cambiar la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos tu solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Para apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación. Si nos pide que le devolvamos la atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si se acepta su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que usted solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1	Esta sección le indica lo que debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o desea que le reintegremos el pago de un medicamento de la Parte D.
--------------------	---

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulo 5 y 6. **Esta sección trata únicamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente, usamos la palabra “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir, cada vez que aparece, “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D”. También usamos el término “Lista de medicamentos” en lugar de “Lista de medicamentos cubiertos” o “Formulario”.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.

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

- Si su farmacia le informa que no puede obtener su medicamento recetado como está escrito, la farmacia le enviará un aviso por escrito en el que se le explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal
Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina “ determinación de cobertura ”.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos en relación a sus beneficios y su cobertura o a la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Pedir que cubramos un medicamento de la Parte D que no aparece en la *Lista de medicamentos cubiertos*. **Solicite una excepción. Sección 6.2.**
- Solicitar que eliminemos una restricción de cobertura de un medicamento del plan (por ejemplo, límites en la cantidad del medicamento que puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 6.2.**
- Solicitar el pago de una cantidad de costo compartido más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto. **Solicite una excepción. Sección 6.2.**

Solicitar la aprobación previa para un medicamento. **Solicitud de una decisión de cobertura. Sección 6.4.**

Pagar por un medicamento recetado que ya compró. **Solicitarnos que le reintegremos un pago. Sección 6.4.**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección brinda información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura y sobre cómo solicitar una apelación.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?****Términos legales**

Solicitar cobertura de un medicamento que no forma parte de la Lista de Medicamentos en ocasiones se denomina solicitar una **“excepción de formulario”**.

Solicitar la eliminación de una restricción de cobertura de un medicamento, en ocasiones, se denomina solicitar una **“excepción de formulario”**.

Solicitar el pago de un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto en ocasiones se denomina solicitar una **“excepción de nivel”**.

Si un medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría que estuviera cubierto, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que analicemos su solicitud de excepción, su médico u otro proveedor que emite la receta deberán explicar las razones médicas por las que usted necesita la aprobación de la excepción. A continuación, se incluyen tres ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro proveedor que emite la receta pueden solicitarnos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no está en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no forma parte de la Lista de medicamentos, deberá pagar la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos del Nivel 4. No puede solicitar una excepción respecto de la cantidad de costo compartido que le solicitamos que pague por el medicamento.
- 2. Cómo eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que aplican a determinados medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y eliminar una restricción, puede solicitar una excepción en la cantidad de copago o coseguro que le solicitamos que pague por el medicamento.
- 3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos se encuentran en uno de los seis niveles de costo compartido. Por lo general, cuanto más bajo es el número del nivel de costo compartido, más baja será la parte del costo del medicamento que pagará usted.
 - Si nuestra Lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que están en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, usted puede solicitarnos cubrir su medicamento en la cantidad de costo compartido que aplica a los medicamentos alternativos.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento a un costo compartido más bajo. Este sería el costo de

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

- nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por la cantidad de costo compartido que aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de medicamentos de marca para el tratamiento de su afección.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por la cantidad de costo compartido que aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de medicamentos de marca o genéricos para el tratamiento de su afección.
 - No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costos compartidos de ningún medicamento del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos), del Nivel 5 (medicamentos de nivel de especialidad) y del Nivel 6 (medicamentos de atención selecta).
 - Si aprobamos su solicitud para la excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, por lo general, usted pagará la cantidad más baja.

Sección 6.3	Cosas importantes que debe saber acerca de cómo solicitar excepciones
--------------------	--

Su médico debe informarnos las razones médicas

Su médico u otro proveedor que emite la receta deben proporcionarnos una declaración que explique las razones médicas por las que se solicita una excepción. Para una decisión más rápida, cuando solicita la excepción, incluya esta información médica proporcionada por su médico u otro proveedor que emite la receta.

Por lo general, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo resulta igual de efectivo que el medicamento que solicita y no causaría más efectos secundarios ni otros problemas médicos, por lo general, *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si solicita una excepción de nivel, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción a no ser que todos los medicamentos alternativos en un nivel de costo compartido más bajo no sean buenos para usted o posiblemente puedan causar una reacción adversa o perjudicarlo.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación, por lo general, es válida hasta el fin del año del plan. Esto se aplica, siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y que dicho medicamento siga siendo seguro y efectivo para el tratamiento de su condición.

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

- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

Sección 6.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción
--------------------	--

Término legal

Una “decisión de cobertura rápida”, en ocasiones, se denomina “ determinación de cobertura acelerada ”.
--

Paso 1: Decida si necesita una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

Las “**decisiones de cobertura estándares**” se toman en un plazo de **72 horas** posteriores a la recepción de la declaración de su médico. Las “**decisiones de cobertura rápidas**” se toman en un plazo de **24 horas** posteriores a la recepción de la declaración de su médico.

Si su salud así lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida” Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Debe solicitar un medicamento que aún no ha recibido. (Usted no puede solicitar en una decisión de cobertura rápida el reintegro del pago de un medicamento que ya compró).
- Utilizando las fechas límite estándares puede poner en gran peligro su salud o su habilidad de desempeño.
- **Si su médico u otro proveedor que emite la receta nos informa que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico o proveedor que emite la receta, decidiremos si su salud exige que le comuniquemos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explica que usaremos las fechas límite estándares.
 - Explica que si su médico u otro proveedor que emite la receta solicita la decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
 - Allí se le informa cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de comunicarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos su queja en un plazo de 24 horas de recibida.

Paso 2: Solicite una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para presentar su solicitud de autorización, a fin de que le proporcionemos cobertura para la atención médica que desea.

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

También puede tener acceso al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar toda solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura según el Modelo de CMS o en nuestro formulario del plan que está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene la información de contacto. Puede presentar una solicitud de determinación de cobertura por vía electrónica rellorando un formulario de determinación de cobertura, que está disponible en nuestro sitio web. La solicitud se envía a través de un portal seguro. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamación denegada se está apelando.

Usted, su médico (u otro proveedor que emite la receta) o su representante puede hacerlo. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”**, que son los motivos médicos de la excepción. Su médico u otra persona que le receta medicamentos puede enviarnos la declaración por fax o por correo postal. O bien, su médico u otro proveedor que emite la receta pueden informarnos por teléfono y hacer un seguimiento enviando una declaración por escrito por fax o correo electrónico, si es necesario.

Paso 3: Nosotros consideramos su solicitud y le respondemos.

Fechas límite para una “decisión rápida de cobertura”

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de que recibamos la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le responderemos antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si respondemos afirmativamente a todo o parte de lo que solicitó**, debemos ofrecer la cobertura que hemos acordado en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique las razones de dicho rechazo. También le diremos cómo apelar.

Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.

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

- Para excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le responderemos antes si su salud así lo requiere. Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si respondemos afirmativamente a todo o parte de lo que solicitó**, debemos ofrecer la cobertura que hemos acordado en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud o declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique las razones de dicho rechazo. También le diremos cómo apelar.

Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar” sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos responderle **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su petición.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a la totalidad o parte de lo que solicitó**, también estamos obligados a hacerle un pago en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique las razones de dicho rechazo. También le diremos cómo apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si decimos que no, tiene derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamento que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 6.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1
--------------------	---

Términos legales
Una apelación ante el plan sobre una decisión de cobertura de medicamento de la Parte D se denomina “ redeterminación ” del plan.
Una “apelación rápida” también se denomina “ redeterminación acelerada ”.

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

Paso 1: Decida si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

Una “apelación estándar” generalmente se presenta en un plazo de siete días. Una “apelación rápida” generalmente se presenta en un plazo de 72 horas. Si su salud así lo requiere, solicite una “apelación rápida”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibió, usted y su médico o la persona que receta deben decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para solicitar una “apelación rápida” son los mismos que los que se necesitan para solicitar una “decisión de cobertura rápida” que se mencionan en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otra persona que receta deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta inmediata, debe solicitar una “apelación rápida”.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-888-249-1595.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluyendo una solicitud presentada en el formulario de solicitud de Determinación de cobertura modelo CMS, que se encuentra disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- Puede presentar una solicitud de redeterminación electrónicamente completando un formulario de redeterminación, que está disponible en nuestro sitio web. La solicitud se envía a través de un portal seguro.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha de la notificación por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura.. Si no cumple con esta fecha límite y tiene una buena razón para no hacerlo, explique el motivo de la demora de su apelación cuando la presente. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de buenas causas pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o que le hayamos proporcionado información incorrecta o incompleta acerca de la fecha límite para solicitar una apelación.

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

- **Puede solicitar una copia de la información que hay en su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden proporcionarnos información adicional para respaldar su apelación.

Paso 3: Nosotros consideramos su apelación y le respondemos.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Podemos comunicarnos con usted o con su médico u otro proveedor que emite la receta, a fin de obtener más información.

Fechas límite para una “apelación rápida”

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.** Le responderemos antes si su salud así lo requiere.
 - Si no le respondemos en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a todo lo que solicitó,** debemos proveer la cobertura que acordamos proporcionar en el plazo de 72 horas después de recibir su apelación.

*Si en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó, le enviaremos una declaración escrita que explique las razones de dicho rechazo. **Fechas límite para una “apelación estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido***

- Para las apelaciones estándares, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no recibió el medicamento y su afección médica así lo requiere.
 - Si no le informamos una decisión en un plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. En la Sección 6.6, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero a más tardar 7 días calendario después de recibir su apelación.
- **Si en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó,** le enviaremos una declaración escrita que explique las razones de dicho rechazo. ***Fechas límite para una “apelación estándar” sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado***
- Debemos responderle **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su petición.

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

- Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a la totalidad o parte de lo que solicitó**, también estamos obligados a hacerle un pago en un plazo de 30 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique las razones de dicho rechazo. También le diremos cómo apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasa al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2**Términos legales**

El nombre formal de la “organización de revisión independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. En ocasiones, se denomina “**IRE**”.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está conectada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante o su médico u otro proveedor que emita la receta) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué fechas límite debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de “en riesgo” bajo nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación al IRE.
- Enviaremos a esta organización la información acerca de su apelación. Esta información se denomina “archivo del caso”. **Tiene el derecho de pedirnos una copia del archivo de su caso.**

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

- Tiene derecho a brindar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán en detalle toda la información relacionada con su apelación.

Fechas límite para una “apelación rápida”

- Si su salud lo exige, pida a la organización de revisión independiente que tramite una “apelación rápida”.
- Si la organización acepta darle una “apelación rápida”, debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** posteriores a recibir su solicitud de apelación.

Fechas límite para una “apelación estándar”

- Para las apelaciones estándares, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si se trata de un medicamento que aún no ha recibido. Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya ha comprado, la organización de revisión debe responder a su apelación de nivel 2 dentro de 14 días calendario después de la recepción de su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le responde.

Para “apelaciones rápidas”:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos ofrecer la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisiones **en un plazo de 24 horas** después de haber recibido la decisión de la organización.

Para “apelaciones estándares”:

- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud de reembolso** por un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

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

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama “reafirmar la decisión.” También se llama “rechazar su apelación.”) En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicación de la decisión. Le notificamos sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de farmacia que está solicitando cumple con un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión de Nivel 2 es definitiva.
- Diciéndole el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea seguir apelando.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, la información detallada sobre cómo hacerlo se encuentra en la notificación por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. La Sección 9 de este capítulo le informa más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitar que cubramos una hospitalización más prolongada si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando lo internan en un hospital, usted tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios que están cubiertos y son necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted a fin de prepararlo para el día en que salga del hospital. Ayudarán a organizar cualquier atención médica que pueda necesitar después de su alta.

- El día en que usted sale del hospital se denomina su “**fecha de alta**”.
- Cuando se haya decidido la fecha de su alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si cree que se le pide que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía más prolongada en el hospital y se considerará su solicitud.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 7.1 Durante su hospitalización, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare, que le brindará información sobre sus derechos.**

Después de dos días de su hospitalización, se le entregará una notificación escrita denominada *Mensaje Importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si usted no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o una enfermera), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Servicio al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los siete días de la semana (TTY: 1-877-486-2048).

1. Lea atentamente este aviso y haga preguntas si no la comprende. Le indica:

- Su derecho a recibir cuidados médicos cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de ella, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a conocer cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar de todas las decisiones sobre su hospitalización.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga acerca de la calidad de su atención en el hospital.
- Su derecho a solicitar una revisión inmediata de la decisión de su alta si considera que le están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de solicitar que se retrase su fecha de alta, de modo que cubramos su atención en el hospital durante más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso escrito para demostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.

- Se les pedirá a usted o a una persona que actúe en su nombre que firmen el aviso.
- La firma del aviso muestra *únicamente* que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. La firma de la notificación **no significa** que usted acepta una fecha de alta.

3. Conserve su copia del aviso para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) disponible cuando la necesite.

- Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha de alta, recibirá otra copia antes de que se programe su alta.
- Para ver una copia de este aviso con anticipación, puede llamar al Servicio al Cliente o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria**

Si desea solicitar que sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados estén cubiertos por nosotros durante más tiempo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe comprender lo que necesita hacer y cuáles son sus fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pide ayuda si la necesitas.** Si en cualquier momento tiene preguntas o necesita ayuda, llame al Servicio al Cliente. O llame a su Programa de Asistencia para Seguro Médico Estatal, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta hospitalaria planificada es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria para las personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Mensaje Importante de Medicare acerca de sus Derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para presentar su apelación, debe contactar a la Organización para la mejora de la calidad antes de abandonar el hospital y **antes de la medianoche de la fecha del alta hospitalaria.**
 - **Si cumple con esta fecha límite,** puede permanecer en el hospital *después de la fecha de alta sin pagar por ello* mientras espera obtener la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

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

- Si usted **no cumple esta fecha límite** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planeada, *es posible que deba pagar todos los costos* por la atención recibida en el hospital después de su fecha de alta planeada.
- Si no respeta la fecha límite para comunicarse con la organización para el mejoramiento de la calidad y aun así desea apelar, en su lugar, debe presentar la apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra manera de presentar una apelación, consulte la Sección 7.4.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se pondrá en contacto con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos contacten, le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso le da la fecha de alta planificada y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que se le dé el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando al Servicio al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver una copia en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad hace una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. Usted no tiene que preparar ningún documento, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también revisarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos proporcionado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos comuniquen sobre su apelación, usted recibirá un aviso por escrito de nuestra parte que indica la fecha programada de su alta hospitalaria. Este aviso también explica en detalle los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente adecuado) darle el alta en esa fecha.

Paso 3: En el término de un día completo después de que reciba toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le responderá en relación con su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión dice *que sí*, **debemos seguir brindando sus servicios hospitalarios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

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

¿Qué sucede si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión dice *no*, significa que su fecha de alta planeada es médicamente apropiada. Si sucede esto, **la cobertura para servicios hospitalarios para pacientes internos terminará al medio día del día después** que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le brinde su respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le brinde su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechaza* su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planeada, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que usted va a pasar al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha del alta hospitalaria
--------------------	---

En una apelación de Nivel 2, usted solicita que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad vuelva a analizar la decisión de su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, puede tener que pagar el costo completo por su estancia después de su fecha de alta planificada.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya *rechazado* su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si se queda en el hospital después de la fecha en que su cobertura de atención médica finalizó.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

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

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario de haber recibido su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán sobre su decisión.

Si la organización de revisión acepta su apelación:

- **Nosotros debemos reembolsarle** nuestra parte del costo de la atención en el hospital que ha recibido desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir proporcionando cobertura para tu atención hospitalaria mientras sea médicamente necesaria.**
- Debe seguir pagando su parte del costo, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Qué sucede si la organización de revisión dice NO:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1. Esto se denomina “reafirmar la decisión”.

El aviso que recibe le informará por escrito qué hacer si desea continuar el proceso de revisión. Paso 4: Si la respuesta es NO, deberá decidir si quiere proseguir con su apelación al pasar al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, la información detallada sobre cómo hacerlo se encuentra en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. La Sección 9 de este capítulo le informa más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 7.4 ¿Qué sucede si no respeta la fecha límite para presentar su apelación de nivel 1?****Término legal**

Una “revisión rápida” o “apelación rápida” también se denomina “**apelación acelerada**”.

En cambio, puede presentarnos una apelación

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para iniciar su apelación de Nivel 1 de su alta hospitalaria. Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si pone en práctica esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa***Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.**

- **Solicite una “revisión rápida”.** Esto significa que nos solicita que le demos una respuesta usando las fechas límite “rápidas” en lugar de las fechas límite “estándares”. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

Paso 2: Nosotros llevamos a cabo una “revisión rápida” de su fecha de alta planeada y verificamos si era médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Verificamos si su fecha de alta planeada era médicamente apropiada. Verificamos si la decisión sobre cuándo debe abandonar el hospital fue justa y si cumplieron todas las normas.

Paso 3: Le informamos sobre nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que solicite una “revisión rápida”.

- **Si decimos Sí a su apelación,** significa que estamos de acuerdo en que usted todavía necesita permanecer en el hospital después de la fecha de su alta hospitalaria. Seguiremos brindando sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte del costo de la atención que haya recibido desde la fecha en que informamos que finalizaría su cobertura. (Debe pagar su parte del costo, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).

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

- **Si rechazamos su apelación rápida**, esto significa que su fecha de alta planeada era médicamente apropiada. Nuestra cobertura para sus servicios para pacientes hospitalizados finaliza el día en que dijimos que su cobertura finalizaría.
 - Si permaneció en el hospital *después de* su fecha de alta planeada, es **posible que deba pagar el costo completo** de la atención en el hospital que recibió después de la fecha de alta planeada.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, su caso será enviado automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativo* de Nivel 2

Término legal
El nombre formal de la “organización de revisión independiente” es “Entidad de Revisión Independiente”. En ocasiones, se denomina “IRE”.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Remitiremos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que estamos rechazando su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con esta fecha límite u otras fechas límite, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le responden en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con la apelación de su alta hospitalaria.
- **Si esta organización dice que sí a su apelación**, entonces debemos pagarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha de su alta planificada. También debemos continuar con la cobertura del plan de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debes seguir pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, podrían limitar la cantidad que reembolsaríamos o el tiempo que continuaríamos cubriendo sus servicios.

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

- Si esta organización *rechaza su apelación*, significa que dicha organización está de acuerdo con nosotros respecto de que su fecha de alta hospitalaria planeada era médicamente apropiada.
 - El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le dirá cómo comenzar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, que es manejado por un juez administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir apelando.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si acepta esta decisión o prosigue a una apelación de Nivel 3.

La Sección 9 de este capítulo le informa más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones. SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 8.1	<i>Esta sección se refiere solo a tres servicios: Atención médica a domicilio, atención en el centro de enfermería especializada o Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)</i>
--------------------	--

Cuando recibe **servicios de salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es el momento de dejar de cubrir cualquiera de estos tres tipos de atención, debemos informárselo con anticipación. Cuando finalice la cobertura para dicha atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo por su atención.*

Si considera que estamos finalizando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le brinda información sobre cómo presentar una apelación.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura****Término legal**

“Notificación de Medicare Sin Cobertura”. Le informa cómo puede solicitar una **“apelación por vía rápida”**. Solicitar una apelación por la vía rápida es una manera legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura con respecto a cuándo dejar de cubrir su atención.

1. **Recibirá un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le informa:

La fecha en la que dejaremos de cubrir la atención para usted.

Cómo solicitar una “apelación por vía rápida” para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más prolongado.

2. **Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** La firma del aviso muestra *únicamente* que ha recibido la información sobre cuándo se detendrá su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un tiempo más prolongado

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante más tiempo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe comprender lo que necesita hacer y cuáles son sus fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pide ayuda si la necesitas.** Si en cualquier momento tiene preguntas o necesita ayuda, llame al Servicio al Cliente. O llame a su Programa de Asistencia para Seguro Médico Estatal, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención de la salud pagados por el gobierno federal para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

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

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: Póngase en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite una *apelación rápida*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia que figura en la Notificación de No Cobertura de Medicare.

Su fecha límite para comunicarse con esta organización.

- Si no respeta la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y aun así desea presentar una apelación, en su lugar, debe presentarla directamente a nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra manera de presentar una apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad hace una revisión independiente de su caso.

Término legal
“Explicación detallada de no cobertura”. Aviso que proporciona detalles sobre los motivos para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. Usted no tiene que preparar ningún documento, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le haya proporcionado.

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

- Al final del día en que los revisores nos informen de su apelación, usted recibirá la **Explicación detallada de la no cobertura** de nuestra parte que explica en detalle nuestros motivos para finalizar nuestra cobertura para sus servicios.

Paso 3: En el término de un día completo después de que reciban toda la información que necesiten, los revisores le informarán la decisión que tomaron.

¿Qué sucede si los revisores dicen que sí?

- Si los auditores *aceptan* su apelación, entonces **nosotros debemos seguir proporcionándole sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores dicen que no?

- Si los revisores dicen que *no*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le informamos.**
- Si decide seguir recibiendo atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, entonces, **usted deberá pagar el costo completo** de esta atención.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y decide seguir recibiendo atención después de finalizada su cobertura para esa atención, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para exigir que nuestro plan cubra su atención médica por más tiempo
--------------------	--

En una apelación de Nivel 2, usted solicita que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad vuelva a analizar la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazan su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo completo por su atención médica en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que informamos que finalizaría su cobertura.

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

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** después de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si siguió recibiendo atención después de la fecha en que su cobertura de atención médica finalizó.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días de haber recibido su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán sobre su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que sí?

- **Le reembolsaremos** nuestra parte del costo de la atención que haya recibido desde la fecha en que informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir proporcionando cobertura** para tu atención mientras sea médicamente necesaria.
- Debe seguir pagando su parte del costo, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice NO?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.
- El aviso que recibe le informará por escrito qué hacer si desea continuar el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación. Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador está a cargo de ese nivel.

Paso 4: Si la respuesta es NO, deberá decidir si quiere proseguir con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, la información detallada sobre cómo hacerlo se encuentra en la notificación por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. La Sección 9 de este capítulo le informa más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

Sección 8.5 ¿Qué sucede si no respeta la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?

En cambio, puede presentarnos una apelación

Como se explicó anteriormente, debe actuar con rapidez y contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar su primera apelación (como máximo, dentro de uno o dos días). Si no respeta la fecha límite para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si pone en práctica esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Término legal

Una “revisión rápida” o “apelación rápida” también se denomina “**apelación acelerada**”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- **Solicite una “revisión rápida”.** Esto significa que nos solicita que le demos una respuesta usando las fechas límite “rápidas” en lugar de las fechas límite “estándares”. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

Paso 2: Realizamos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos con respecto a cuándo dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a analizar toda la información sobre su caso. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando fijamos la fecha de finalización de cobertura del plan para los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: Le informamos sobre nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que solicite una “revisión rápida”.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que hemos aceptado que necesita seguir recibiendo servicios durante más tiempo y continuaremos brindándole los cuidados médicos cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte del costo de la atención que haya recibido desde la fecha en que informamos que finalizaría su cobertura. (Debe pagar su parte del costo, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación,** entonces, su cobertura finalizará el día que le hemos informado y no pagaremos ningún costo compartido después de esta fecha.
- Si continuó recibiendo atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes

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

Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que informamos que su cobertura finalizaba, entonces **usted deberá pagar el costo completo** de esta atención.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso será enviado automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Término legal
El nombre formal de la “organización de revisión independiente” es “Entidad de Revisión Independiente”. En ocasiones, se denomina “IRE”.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativo* de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos sobre su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión debe ser modificada. **La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan ni es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para manejar el trabajo de ser la **organización de revisión independiente**. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviamos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la **organización de revisión independiente** en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que estamos rechazando su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con esta fecha límite u otras fechas límite, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le responden en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la **organización de revisión independiente** analizarán en detalle toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación**, debemos reintegrarle nuestra parte del costo de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. También debemos continuar cubriendo la atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria. Debe seguir pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, podrían limitar la cantidad que reembolsaríamos o el tiempo que continuaríamos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que dicha organización está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan con respecto a su primera apelación y que no la cambiará.

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

- El aviso que obtiene de la organización de revisión independiente le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir apelando.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación).. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, la información detallada sobre cómo hacerlo se encuentra en la notificación por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La revisión de la apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo le informa más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Llevar su apelación al nivel 3 y a niveles superiores

Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 de apelaciones para solicitudes de servicio médico

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que ha apelado cumple con determinados niveles mínimos, usted puede pasar a los niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, usted no podrá seguir apelando. La respuesta escrita que reciba respecto de su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan casi de la misma manera. A continuación se describe quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo o un abogado mediador que trabaje para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado mediador rechazan su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no* terminar.** A diferencia de una decisión en una apelación de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.

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

- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con cualquier documento adjunto. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en cuestión.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado mediador rechazan su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no* terminar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, o si el Consejo de Apelaciones niega nuestra solicitud para revisar una decisión de apelación favorable de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede o no haberse terminado** - A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos o no esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizarlo u ofrecerle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede terminar o no*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones. Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le indicará si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez del Tribunal del Distrito Federal revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aprueba* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 9.2 Niveles 3, 4 y 5 de apelaciones para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas han sido rechazadas.

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

Si el valor en dólares del medicamento que ha apelado cumple con determinadas cantidades de dólares, usted puede pasar a los niveles de apelación adicionales. Si la cantidad en dólares es menor, no puede presentar más apelaciones. La respuesta escrita que reciba respecto de su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan casi de la misma manera. A continuación se describe quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo o un abogado mediador que trabaje para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si la respuesta es sí, termina el proceso de apelaciones.** Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por el juez de derecho administrativo o abogado mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haberse terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, termina el proceso de apelaciones.** Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por el Consejo **dentro de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haberse terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones. Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o su pedido de revisión de la apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten pasar a la apelación de Nivel 5. También le dirá con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

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

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal del Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aprueba* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

SECCIÓN 10 **Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otras inquietudes**

Sección 10.1 **¿Qué tipos de problemas se manejan en el proceso de quejas?**

El proceso de quejas se usa *únicamente* para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación se incluyen ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el proceso de quejas.

Quejas	Ejemplo
Calidad de la atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está satisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, atención inadecuada al cliente, u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien le trató mal o fue irrespetuoso con usted? • ¿No está satisfecho con nuestro Servicio al Cliente? • ¿Cree que lo están incitando a abandonar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene dificultades para obtener una cita, o debe esperar demasiado para una cita? • ¿Ha tenido que esperar demasiado tiempo por médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O tal vez nuestro departamento de Servicio de Atención al Cliente u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera o de examen, o para conseguir una receta.

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

Quejas	Ejemplo
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de un consultorio médico, clínica u hospital?
Información que le brindamos	<ul style="list-style-type: none"> ¿No le dimos un aviso requerido? ¿Es difícil de entender nuestra información escrita?
Puntualidad (Este tipo de quejas se relaciona con la puntualidad de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y apelaciones)	<p>Si ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y cree que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. A continuación algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nos pidió una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, y hemos dicho que no; puede presentar una queja. Si usted cree que no estamos cumpliendo con las fechas límite para las decisiones de cobertura o apelaciones, puede presentar una queja. Si usted cree que no estamos cumpliendo con las fechas límite para cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados, puede presentar una queja. Si usted cree que no cumplimos con las fechas límite requeridas para remitir su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una “**queja**” también se llama “**queja formal**”.
- “**Presentar una queja**” también se llama “**presentar una queja formal**”.
- “**Usar el proceso para presentar quejas**” también se llama “**usar el proceso para presentar una queja**”.
- Una “**queja rápida**” también se denomina un “**queja formal acelerada**”.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de quejas****Paso 1: Comuníquese con nosotros prontamente, ya sea por teléfono o por escrito.**

Habitualmente, el primer paso es llamar al Servicio al Cliente. Si hay algo más que necesita hacer, Servicio de Atención al Cliente se lo informará.

Si no quieres llamar (o llamaste y no te quedaste conforme) puedes presentar tu queja ante nosotros por escrito. Si presentas tu reclamo por escrito, te responderemos por escrito.

Usted o alguien a quien nombre puede presentar la queja formal.

BlueMedicare Classic (HMO)
P.O. Box 3648
Little Rock, AR 72203

También puede enviarla por fax al 1-501-301-1928.

- La **fecha límite** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea quejarse.

Paso 2: Analizamos tu queja y te damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, responderemos de inmediato.** Si nos llamas con una queja, es posible que te demos una respuesta en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es conveniente para ti o bien, si solicitas más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder tu queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, le otorgaremos automáticamente una “queja rápida”.** Si tiene una “queja rápida”, significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad del problema del que se queja, incluiremos nuestras razones en nuestra respuesta.

Sección 10.4 También puede presentar quejas acerca de la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Cuando su queja es acerca de *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

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

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la Mejora de la Calidad.** La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención de la salud a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar la atención suministrada a pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

o bien...

- **Puede presentar su queja tanto a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad como a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5	También puede informar a Medicare sobre su queja
---------------------	---

Puede presentar una queja sobre BlueMedicare Classic (HMO) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, ingresa en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.



CAPÍTULO 10:

Cómo finalizar su membresía del plan

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en BlueMedicare Classic (HMO) puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (no su elección):

Puedes abandonar nuestro plan porque decidiste que *quieres* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la finalización voluntaria de su membresía.

También hay situaciones limitadas en las que nosotros debemos finalizar su membresía. La Sección 5 brinda información sobre situaciones en las que debemos finalizar su inscripción.

Si deja nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindando su atención médica y medicamentos recetados y usted continuará pagando sus costos compartidos hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede finalizar su membresía durante el período de inscripción anual
--

Usted puede finalizar su membresía en nuestro plan durante el **Período de Inscripción Anual** (también denominado “Período de Inscripción Abierta Anual”). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Período de Inscripción Anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Puede optar por mantener su cobertura actual o realizar cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente.
 - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela la inscripción en la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare y está sin cobertura de medicamentos con receta médica acreditable durante 63 días consecutivos o más, puede ser posible que pague la

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía del plan

penalidad por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su inscripción finalizará en nuestro plan** cuando la cobertura de su nuevo plan comience el 1 de enero.

Sección 2.2	Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage
--------------------	---

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1.º de enero al 31 de marzo.
- **Durante el período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** usted puede:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Cancelar la inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en otro plan de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. **Su membresía finalizará** el primer día del mes posterior a su inscripción a un plan diferente de Medicare Advantage o a que obtengamos su solicitud de transferencia a Original Medicare. Si también decides inscribirte en un plan de medicamentos con receta médica de Medicare, tu membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos recibe tu solicitud de inscripción.

Sección 2.3	En ciertas situaciones, puedes finalizar tu membresía durante un Período de inscripción especial
--------------------	---

En ciertas situaciones, los miembros de BlueMedicare Classic (HMO) pueden ser elegibles para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se denomina **Período de Inscripción Especial**.

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplican a usted. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Por lo general, si se ha mudado.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para recibir “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos recetados de Medicare.
- Si violamos nuestro contrato con usted.

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía del plan

- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados médicos no especializados o un hospital de atención a largo plazo (LTC).

Nota: Si se encuentra en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. El Capítulo 5, Sección 10 le informa más sobre programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para averiguar si es elegible para un Período de Inscripción Especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede decidir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Medicare Original *con* un plan de medicinas recetadas de Medicare independiente.
- *O bien*, Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta médica de Medicare separado.

Nota: Si da de baja su inscripción en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare y carece de cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si más adelante se inscribe a un plan de medicamentos de Medicare.

Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud de cambio de su plan.

Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que se haya excluido de la inscripción automática.

Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?
--------------------	--

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede:

- **Llame al Servicio al Cliente.**
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare & You 2023*.
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana (TTY: 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

La tabla que aparece a continuación explica cómo debe finalizar su membresía a nuestro plan.

Si desea pasarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debería hacer:
<ul style="list-style-type: none"> Otro plan de salud de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> Afiliarse al nuevo plan de salud de Medicare. Automáticamente, se cancelará su inscripción en BlueMedicare Classic (HMO) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente. 	<ul style="list-style-type: none"> Afiliarse al nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare en cualquier momento. Automáticamente, se cancelará su inscripción en BlueMedicare Classic (HMO) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> Medicare Original <i>sin</i> un plan de medicinas recetadas de Medicare independiente. 	<ul style="list-style-type: none"> Envíenos una solicitud escrita para dar de baja a su membresía. Comuníquese con el Servicio al Cliente si necesita obtener más información sobre cómo hacer esto. Puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana, y solicitar que se dé de baja su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Automáticamente, se cancelará su inscripción en BlueMedicare Classic (HMO) cuando comience la cobertura de Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que termine su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo su atención médica y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando nuestras farmacias de la red o de envío por correo para surtir sus recetas.**
- **Si lo hospitalizan el día en que finaliza su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que sea dado de alta** (incluso si es dado de alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 BlueMedicare Classic (HMO) debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?
--

BlueMedicare Classic (HMO) debe finalizar su membresía en el plan si sucede cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se muda fuera del área de cobertura durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, necesita llamar al Servicio al Cliente para averiguar si el lugar a donde se muda o a donde viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que tiene y que brinda cobertura de medicamentos recetados.
- Si nos brinda información incorrecta de manera intencional cuando se inscribe en nuestro plan y dicha información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero permiso de Medicare).
- Si se comporta de manera inapropiada continuamente, y esto nos dificulta brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (no podemos obligarlo a

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía del plan

abandonar nuestra póliza por este motivo a menos que primero recibamos permiso de Medicare);

- Si usted permite que alguien más use su tarjeta de miembro para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero permiso de Medicare).
- Si damos de baja su membresía por esta razón, Medicare puede solicitar al Inspector General que investigue su caso.
- Si está obligado a pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos, y no lo paga, Medicare cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta médica.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame al Servicio al Cliente.

Sección 5.2	<u>No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud</u>
--------------------	---

BlueMedicare Classic (HMO) no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si siente que se le está solicitando abandonar nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los siete días de la semana. (TTY: 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Si damos de baja su membresía en nuestro plan, tiene derecho a presentar una queja.
--------------------	--

Si damos de baja su membresía en nuestro plan, debemos informarle nuestras razones por escrito para finalizar su inscripción. También debemos explicar cómo puede presentar una queja formal o una queja acerca de nuestra decisión de finalizar su membresía.



CAPÍTULO 11:

Avisos legales

Capítulo 11: Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes

La ley principal aplicable a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y la normativa creada en virtud de la Ley de Seguro Social por los Centros de servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que usted reside. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no se incluyan ni expliquen en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

No discriminamos por motivo de raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, prueba de asegurabilidad, o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen Planes Medicare Advantage, como nuestro Plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, sección 1557, todas las otras leyes que se aplican a las organizaciones que reciben financiamiento federal y cualquier otra ley y reglamento aplicables por cualquier otro motivo.

Si desea mayor información o tiene dudas acerca de la discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) o a su oficina local de Derechos Civiles. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index>.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Servicio al Cliente. Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, Servicio al Cliente puede ayudarle.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. Según la normativa de CMS en el Título 42 del CFR, secciones 422.108 y 423.462, BlueMedicare Classic (HMO), como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que la Secretaría en virtud de la normativa de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR y las reglas establecidas en esta sección sustituyen toda ley estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Centro de cirugía para pacientes ambulatorios: un centro de cirugía para pacientes ambulatorios es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de proporcionar servicios de cirugía ambulatoria para pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía se espera que no exceda las 24 horas.

Período de inscripción anual: el período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o cambiar a Original Medicare.

Apelación: una apelación es lo que usted presenta cuando no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados, o pago por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir servicios que está recibiendo.

Facturación de saldo: situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) le cobra al paciente más que la cantidad de costo compartido por los servicios. Como miembro de BlueMedicare Classic (HMO), solo tiene que pagar su monto de costos compartidos cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores “facturen el saldo” o le cobren más que el monto de costo compartido que determina su plan.

Periodo de beneficios: La forma que nuestro plan y Medicare Original mide su uso de los servicios en Centros de Cuidados Médicos Especializados (SNF) y en un hospital. En lugar de utilizar un período de beneficios de Medicare Original para la cobertura hospitalaria de pacientes hospitalizados, se cobra el costo compartido por cada estadía por atención psiquiátrica y aguda para pacientes hospitalizados. Los traslados de un hospital a otro se tratan como un solo ingreso. Los costos compartidos diarios comienzan de nuevo con cada nuevo ingreso en el hospital. Un período de beneficios del centro de SNF empieza el día en que usted es internado en un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención de un centro de cuidados médicos especializados durante 60 días consecutivos. Un nuevo período de beneficios empieza si usted ingresa en un centro de cuidados médicos especializados o en un hospital después de que ha finalizado un período de beneficios. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.

Medicamento de marca: un medicamento recetado cuya fabricación y comercialización dependen de la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros laboratorios farmacéuticos, y generalmente no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca haya vencido.

Etapas de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos: aquella etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en que usted abona un copago o coseguro menor por sus medicamentos, después de que usted u otro tercero autorizado para actuar en su nombre hayan gastado \$7,400 en medicamentos cubiertos durante el año de la cobertura.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Centros de Servicio a los Programas de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Coseguro: una cantidad que se le puede exigir que pague, expresada como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados después de pagar cualquier deducible.

Queja: la manera formal de decir “presentar una queja” es “iniciar una queja formal”. El proceso de quejas se usa *únicamente* para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y la atención al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos del proceso de apelación.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF): un centro que principalmente brinda servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluida la fisioterapia, servicios psicológicos o sociales, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y lenguaje, y servicios de evaluación de entorno domiciliario.

Copago: monto que tal vez deba pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, visita hospitalaria para pacientes ambulatorios o medicamento recetado. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Gastos compartidos: el gasto compartido se refiere al monto que debe pagar el asegurado cuando recibe servicios o medicamentos. La participación en los costos incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pago: (1) monto de deducible que el plan pueda imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) monto de “copago” fijo que un plan exija cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un servicio o medicamento específicos.

Nivel de costo compartido: todos los medicamentos que forman parte de la Lista de medicamentos cubiertos se encuentran en uno de los seis niveles de costo compartido. Por lo general, cuanto más alto es el nivel de costo compartido, más alto es el costo que tiene que pagar por el medicamento.

Determinación de cobertura: decisión sobre si un medicamento recetado para ti está cubierto por el plan y el monto, si hubiera, que debes pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y ahí le informan que su plan no cubre el medicamento recetado, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados que cubre nuestro plan.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Servicios cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que cubre nuestro plan.

Cobertura acreditable de medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, por parte de un empleador o sindicato) que promete pagar, en promedio, al menos tanto como lo que cubre la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se vuelven elegibles para Medicare, generalmente, pueden mantener dicha cobertura sin pagar una multa, si deciden, más adelante, inscribirse en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cuidado de custodia: el cuidado de custodia es aquel que es brindado en un centro de cuidados médicos no especializados, centro para enfermos terminales u otro centro cuando usted no requiere atención médica o de enfermería especializada. La atención de custodia, proporcionada por personas que no tienen habilidades o capacitación profesional, incluye ayuda con actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, entrar o salir de una cama o silla, moverse y usar el baño. También puede incluir la clase de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas practican por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado de custodia.

Servicio al Cliente: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones.

Tarifa diaria de costo compartido: una “tarifa diaria de costo compartido” puede ser aplicable cuando su médico le recete una cantidad menor al suministro mensual completo de algunos medicamentos y usted se ve obligado a pagar un copago. Una tarifa diaria de costo compartido es el copago dividido por el número de días en un suministro de un mes. A continuación, un ejemplo: Si su copago para suministro de un mes de un medicamento es de \$30 y un suministro de un mes en su plan es 30 días, luego su “tarifa diaria de costo compartido” es \$1 por día.

Deductible: la cantidad que debe pagar por atención médica o recetas antes de que nuestro plan pague.

Cancelar inscripción o Cancelación de la inscripción: el proceso para finalizar su membresía en nuestro plan.

Tarifa de despacho: una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo del farmacéutico para preparar y empaquetar la receta.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos que pide su médico por motivos médicos. Algunos ejemplos son los andadores, las sillas de ruedas, las muletas, los sistemas de colchones eléctricos, los suministros para diabéticos, las bombas de infusión intravenosa, los dispositivos generadores de voz, los equipos de oxígeno, los nebulizadores o las camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con conocimiento medio de salud y medicina considera que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: los servicios cubiertos que son: (1) prestados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC) e Información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y todo otro documento adjunto, cláusula u otros documentos seleccionados de cobertura opcional, que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción del formulario) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de niveles). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción del formulario).

“Ayuda adicional”: programa de Medicare o estatal que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y los coseguros.

Medicamento genérico: un medicamento recetado que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) por contener el (los) mismo(s) ingrediente(s) activo(s) que el medicamento de marca. Por lo general un medicamento “genérico” es igual de efectivo que un medicamento de marca y suele costar menos.

Queja: un tipo de queja que presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Esto no implica conflictos de pago o cobertura.

Asistente de atención médica en el hogar: una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de un enfermero o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el inodoro, vestirse o realizar los ejercicios recetados).

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Centro de cuidados paliativos: un beneficio que proporciona tratamiento especial para un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de seis meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros para enfermos terminales en su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, usted sigue siendo miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios necesarios desde el punto de vista médico, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: hospitalización en la que te admiten formalmente en el hospital para servicios médicos especializados. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, es posible que se lo siga considerando como “paciente ambulatorio”

Importe de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado informado en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años excede cierto importe, pagará la prima estándar y un importe de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional sumado a tu prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se ven afectadas, así que la mayoría de las personas no paga una prima mayor.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura de acuerdo con la Etapa de Cobertura Inicial.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa anterior al momento en que sus gastos totales de medicamentos y lo que su plan haya pagado en su nombre hayan alcanzado \$4,660 durante el año.

Período de inscripción inicial: cuando sea elegible por primera vez para participar en Medicare, el período en el cual usted se inscribe para la Parte A y B de Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de siete meses que comienza tres meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza tres meses después del mes en que cumple 65 años.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o “Lista de Medicamentos”): un listado de los medicamentos cubiertos por el plan.

Subsidio por Bajos Ingresos (LIS): consulte “Ayuda Adicional”.

Monto máximo de desembolso directo: lo máximo que paga de desembolso directo durante el año calendario para servicios cubiertos dentro de la red. Los montos que paga por las primas de las Partes A y B de Medicare, y los medicamentos con receta médica, no se contemplan en el monto máximo de desembolso directo.

Medicaid (o Asistencia Médica): es un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención de la salud están cubiertos si usted califica para Medicare y Medicaid.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Indicación Médicamente Aceptada: un uso del medicamento ya sea aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o apoyado por ciertos libros de referencia.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, ciertas personas menores de 65 años con alguna discapacidad, y personas con enfermedad renal terminal (en general, aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período de tiempo desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiar a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en otro plan de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de tres meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): en ocasiones, denominado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proveerle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un plan (1) HMO, (2) PPO, (3) privado de tarifa por servicio (Private fee-for-service, PFFS) o (4) plan de una cuenta de ahorros médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayor parte de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicinas recetadas). Estos planes se denominan **planes Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados**.

Programa de Descuentos para la Brecha en la Cobertura de Medicare (Medicare Coverage Gap Discount Program): un programa que proporciona descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D a los miembros en la Parte D que hayan alcanzado la Etapa de Brecha en la Cobertura y que aún no estén recibiendo “Ayuda Adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término “Servicios cubiertos por Medicare” no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la visión, servicios de atención dental o de audición, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para brindar beneficios de la Parte A y de la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los planes de necesidades especiales, los programas piloto/de demostración y los Programas de Atención de la Salud Todo Incluido para Adultos Mayores (Programs of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): es un seguro para ayudar a los pacientes ambulatorios a pagar los medicamentos recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Póliza “Medigap” (Seguro complementario a Medicare): seguro complementario a Medicare que venden las compañías de seguros privadas para cubrir “ausencias” en Original Medicare. Las pólizas Medigap funcionan únicamente con Original Medicare. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (miembro de nuestro Plan o “miembro del Plan”): una persona con Medicare, que es elegible para obtener servicios médicos cubiertos, que se afilió a nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los Centros de Servicio a los Programas de Medicare y Medicaid (CMS).

Farmacia de la red: una farmacia que contrata con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados solo están cubiertos si los obtiene en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general para referirnos a los médicos, hospitales y otros centros y profesionales de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para brindar servicios de atención médica. Los “**proveedores de la red**” tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago completo y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. También denominamos “profesionales que participan en la red” a los profesionales médicos de la red.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Original Medicare (“Medicare tradicional” o Medicare de “costo por servicio”): Original Medicare es ofrecido por el gobierno, y no es un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica de las cantidades establecidas por el Congreso. Usted puede visitar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga la suya. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos de las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan excepto que apliquen determinadas afecciones.

Proveedor o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o brindar los cuidados médicos cubiertos para los miembros de nuestro plan. Los proveedores que no forman parte de la red son aquellos que no son empleados del plan, ni el plan es su propietario ni el plan los opera.

Costos de desembolso directo: ver la definición de “costo compartido” anterior. El requisito de costo compartido del miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos que se reciben también se denomina requisito de costo “de desembolso directo” del miembro.

Parte C: consulte el “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: el Programa voluntario de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos fueron específicamente excluidas como medicamentos cubiertos de la Parte D por el Congreso. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por cada plan.

Multa por Inscripción Tardía en la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si transcurren 63 días consecutivos o más sin que usted tenga cobertura acreditable desde que pasó a ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D (una cobertura que promete pagar, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándares de Medicare).

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): un plan de organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han aceptado tratar a los miembros del plan por una cantidad de pago establecida. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan ya sea si se reciben de proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro en general será mayor cuando se reciban beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre sus costos de desembolso directo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite mayor sobre sus costos de desembolso directo totales combinados por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica por la cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Médico de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En la mayoría de los planes de salud de Medicare, usted debe visitar a su médico de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación por adelantado para recibir servicios o determinados medicamentos. Algunos servicios médicos en la red están cubiertos solo si tu médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nuestro plan. En la Tabla de Beneficios del Capítulo 4, los servicios cubiertos que requieren autorización previa están marcados. Los medicamentos cubiertos que precisan una autorización previa están marcados en el formulario.

Prótesis y ortopedia: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO): un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para controlar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: una herramienta de administración que se diseñó para limitar el uso de ciertos medicamentos por razones de calidad, seguridad u otros motivos de utilización. Para ciertos medicamentos, puede haber límites en la cantidad del medicamento que cubrimos por receta médica o durante un período definido.

Servicios de Rehabilitación: estos servicios incluyen terapia física, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Área de servicio: área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que tienen un límite para los médicos y hospitales que puede usar, también es por lo general, el área donde puede recibir servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda de forma permanente fuera del área de servicio del plan.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se proporcionan continuamente, todos los días, en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por una enfermera titulada o un médico.

Período de inscripción especial: un tiempo establecido cuando los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o regresar a Original Medicare. Las situaciones en las que puede ser elegible para un Período de Afiliación Especial incluyen: si se muda fuera del área de cobertura, si está recibiendo “Ayuda Adicional” para afrontar los costos de medicamentos recetados, si se muda a un centro de cuidados médicos no especializados o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Terapia escalonada: una herramienta de utilización que le exige que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico podría haber recetado inicialmente.

Ingreso complementario del Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI): un beneficio mensual que el Seguro Social paga a las personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI son diferentes de los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente o cuando el miembro está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.

Servicio al Cliente de BlueMedicare Classic (HMO)

Método	Servicio al Cliente – Información de Contacto
TELÉFONO	1-877-349-9335 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro, de lunes a viernes (desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre). Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro, los siete días de la semana. La Oficina de Atención al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro, de lunes a viernes (desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre). Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro, los siete días de la semana.
FAX	1-501-301-1927
CORREO	BlueMedicare Classic (HMO) P.O. Box 3648 Little Rock, AR 72203
SITIO WEB	www.arkbluemedicare.com

Programa de Información sobre Seguros Médicos para Personas Mayores (Arkansas Senior Health Insurance Information Program, SHIP)

El Programa de Información sobre Seguros Médicos para Personas Mayores (Senior Health Insurance Information Program) es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre los seguros médicos locales a las personas que tienen Medicare.

Método	Programa de Información sobre Seguros Médicos para Personas Mayores (Senior Health Insurance Information Program, SHIP) (Arkansas SHIP): información de contacto
TELÉFONO	1-800-224-6330
TTY	711
CORREO	Senior Health Insurance Information Program 1 Commerce Way Little Rock, AR 72202
SITIO WEB	https://insurance.arkansas.gov/pages/consumer-services/senior-health/

Declaración de Divulgación de PRA Conforme a la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a la recopilación de información a menos que la solicitud de recopilación tenga un número válido de control de la OMB. El número válido de control de la OMB para esta recopilación de información es el 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, para: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.