

CareFirst

Medicare Advantage

2023

Evidencia de Cobertura

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)

Del 1 de enero del 2023 al 31 de diciembre del 2023

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios médicos de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados como Miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)

Este documento proporciona información detallada acerca de la cobertura de la atención médica y de los medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2023. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, póngase en contacto con Servicios para Miembros al 855-290-5744 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es 8am-8pm EST los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, desde el 1 de abril al 30 de septiembre.

Este plan, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced, se lo ofrece CareFirst Advantage, Inc (*d/b/a* CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage). (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a CareFirst Advantage, Inc (*d/b/a* CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage). Cuando se mencione el “plan” o “nuestro plan”, se refiere a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced.)

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

A fin de que le brindemos información de un modo adecuado para usted, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo). También podemos brindarle información en Braille, letra grande u otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita.

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

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

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

- La prima del plan y la distribución de costos.
- 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 ayuda adicional.
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

Índice**Evidencia de cobertura 2023****Índice**

CAPÍTULO 1:	<i>Primeros pasos como miembro</i>	5
SECCIÓN 1	Introducción	6
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos debe reunir para ser miembro del plan?	7
SECCIÓN 3	Materiales importantes para la membresía que recibirá	8
SECCIÓN 4	Sus costos mensuales para CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced	10
SECCIÓN 5	Más información sobre su prima mensual	13
SECCIÓN 6	Mantenga actualizado el registro de su membresía del plan	15
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	16
CAPÍTULO 2:	<i>Recursos y números de teléfono importantes</i>	18
SECCIÓN 1	Contactos de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios para Miembros)	19
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	26
SECCIÓN 3	State Health Insurance Assistance Program (ayuda gratuita, información y respuestas a las preguntas sobre Medicare)	27
SECCIÓN 4	Organización para el Mejoramiento de la Calidad	28
SECCIÓN 5	Seguro Social	29
SECCIÓN 6	Medicaid	30
SECCIÓN 7	Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados	31
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios	34
SECCIÓN 9	¿Tiene un “seguro colectivo” u otro seguro médico de un empleador?	35
CAPÍTULO 3:	<i>Cómo usar el plan para sus servicios médicos</i>	36
SECCIÓN 1	Información que se debe tener en cuenta para obtener atención médica cubierta como miembro de nuestro plan	37
SECCIÓN 2	Use los proveedores de la red del plan para obtener su atención médica	39
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios en caso de una emergencia, una necesidad de atención urgente o durante un desastre	43

Índice

SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente a usted el costo total de los servicios?	45
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos si participa en un “estudio de investigación clínica”?	46
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una “institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud”	48
SECCIÓN 7	Normas para ser propietario de los equipos médicos duraderos	49
CAPÍTULO 4:	<i>Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)</i>	51
SECCIÓN 1	Explicación sobre sus gastos de bolsillo para servicios cubiertos	52
SECCIÓN 2	Use el <i>Cuadro de beneficios médicos</i> para conocer lo que está cubierto y cuánto deberá pagar	53
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	115
CAPÍTULO 5:	<i>Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D</i>	119
SECCIÓN 1	Introducción	120
SECCIÓN 2	Obtenga los medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan	120
SECCIÓN 3	Los medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan	124
SECCIÓN 4	Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	126
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de los medicamentos no tiene la cobertura que usted desea?	128
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de los medicamentos?	130
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	133
SECCIÓN 8	Surtir una receta	134
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	134
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos	136
CAPÍTULO 6:	<i>Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D</i>	139
SECCIÓN 1	Introducción	140
SECCIÓN 2	El monto que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago del medicamento” en la que se encuentre cuando lo reciba	142
SECCIÓN 3	Le enviaremos informes para explicarle los pagos de los medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra	143
SECCIÓN 4	No hay deducible para CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced	144

Índice

SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de los medicamentos y usted paga la suya	145
SECCIÓN 6	Costos en la Etapa sin cobertura	150
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura en caso de catástrofe, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos	151
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtenga	152
CAPÍTULO 7:	<i>Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos</i>	154
SECCIÓN 1	Situaciones en las que usted debería solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de sus medicamentos o servicios cubiertos	155
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que ha recibido	157
SECCIÓN 3	Consideraremos la solicitud de pago y le responderemos sí o no	158
CAPÍTULO 8:	<i>Derechos y responsabilidades</i>	159
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	160
SECCIÓN 2	Usted tiene responsabilidades como miembro del plan	174
CAPÍTULO 9:	<i>Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>	176
SECCIÓN 1	Introducción	177
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	177
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe seguir para resolver un problema?	178
SECCIÓN 4	Guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones	179
SECCIÓN 5	Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	182
SECCIÓN 6	Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	190
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más larga si considera que el médico le está dando el alta muy pronto	199
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que la cobertura concluye prematuramente	207
SECCIÓN 9	Cómo llevar una apelación al Nivel 3 y a niveles posteriores	213
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	216

Índice

CAPÍTULO 10: <i>Cómo finalizar la membresía en el plan</i>	220
SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan	221
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar la membresía en nuestro plan?	221
SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar la membresía en nuestro plan?	223
SECCIÓN 4 Hasta que finalice la membresía, deberá seguir obteniendo los servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	224
SECCIÓN 5 CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced debe finalizar la membresía en ciertas situaciones	225
CAPÍTULO 11: <i>Avisos legales</i>	227
SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes	228
SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación	228
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	228
SECCIÓN 4 Responsabilidad civil ante terceros y subrogación	229
CAPÍTULO 12: <i>Definiciones de términos importantes</i>	231

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

CAPÍTULO 1. Primeros pasos como miembro**SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Usted está inscrito en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced, que es un plan Medicare HMO**

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido obtener su cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced. Estamos obligados a 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 Original Medicare.

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced es un plan Medicare Advantage HMO aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

La cobertura de este plan se considera una Cobertura de salud calificada (QHC) y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

Este documento de *Evidencia de cobertura* le informa qué debe hacer para obtener la atención médica y la cobertura de medicamentos recetados. Explica sus derechos y responsabilidades, cuáles son los servicios cubiertos, cuánto 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” se refieren a la atención médica, los servicios médicos y los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced.

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y qué servicios tiene a su disposición. Le recomendamos que se tome un tiempo para leer este documento sobre la *Evidencia de cobertura*.

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

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre la cobertura de la atención médica de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced. Otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* y toda notificación que reciba de nosotros sobre cambios en la cobertura o condiciones que afecten la cobertura. Estas notificaciones a veces se llaman “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato tiene vigencia durante los meses en que esté inscrito en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

CAPÍTULO 1. Primeros pasos como miembro

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced 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 del 2023.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced todos los años. Podrá seguir recibiendo la cobertura de Medicare de forma anual como miembro de nuestro plan en la medida en que decidamos seguir ofreciendo el plan y que Medicare renueve su aprobación del mismo.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe reunir para ser miembro del plan?**Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad**

Usted reúne los requisitos para la membresía en nuestro plan siempre que:

- Usted tiene la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare
- -- y -- usted vive en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.2 a continuación describe nuestra área de servicio). Las personas encarceladas no se consideran residentes en el área geográfica de servicio a pesar de que se encuentran físicamente en ella.
- -- y -- es ciudadano estadounidense o está legalmente autorizado para estar en los Estados Unidos

Sección 2.2 Este es el área de servicio del plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para continuar como miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicios del plan. El área de servicios se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Maryland: Anne Arundel, Baltimore, Baltimore City, Carroll, Frederick, Harford, Howard, Montgomery, and Prince George's.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan.

Comuníquese con Servicios para Miembros para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

Además, es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono e información de contacto para el Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

CAPÍTULO 1. Primeros pasos como miembro**Sección 2.3 Ciudadano estadounidense o persona con presencia legal en los Estados Unidos**

El miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced si usted no cumple con los requisitos para seguir siendo miembro en función de este requisito. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced debe anular su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para la membresía que recibirá**Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan**

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía cada vez que obtenga los servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Este es un ejemplo de una tarjeta de membresía para mostrarle cómo se verá la suya:



Member Name
L L SMITH
Member ID
MAC 999999999

Group Number **99-9999X**
Effective Date **01/01/2022**
BC/BS Plan **193**
Issuer **(80840)**
PCP **Provider Name**

CareFirst BlueCross BlueShield
Advantage Enhanced (HMO)

PCP Office Visit **\$00**
Specialist Office Visit **\$00**
Urgent Care Center Visit **\$00**
Emergency Room Visit **\$00**

RxBIN **004336**
RxPCN **MEDDADV**
RxGRP **RX8181**

CMS-H6067-999



www.carefirst.com/medicareadvantage



**CareFirst BlueCross BlueShield
Advantage Enhanced (HMO)**

**Medical Claim Submission Address for
CareFirst Service Area Providers**
CareFirst Medicare Medical Claims
P.O. Box 4495, Scranton, PA 18505

Rx Claims Submission Address
CareFirst Medicare
P.O. Box 52066, Phoenix, AZ 85072-2066

Dental Claims Submission Address
CareFirst Medicare Dental Claims
P.O. Box 14115, Lexington, KY 40512

Please reference member self-service for
Vision and Hearing Claims submission(s).

Member Self Service

Member/Provider Services: **855-290-5744**
Pharmacy Services: **888-970-0917**
Medical Emergency: **911**
TTY/TDD: **711**
24-Hour Nurse Advice Line: **833-968-1773**

Medical Professional & Hospital Providers:

Toll-free Precertification: **833-707-2287**
File claims with local Blue Cross and/or Blue Shield Plan.

PROVIDERS MUST NOT BILL MEDICARE.

MA HMO products provided by CareFirst Advantage, Inc., an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. The member only has coverage for urgent and emergent care and renal dialysis outside of CareFirst Inc. Service area.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is the business name of CareFirst Advantage, Inc., an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association.

Mientras sea miembro de este plan, **NO** utilice la tarjeta de color rojo, blanco y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos. Si utiliza la tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de membresía de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced, es posible que usted deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le solicite que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos.

Si la tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente a Servicios para Miembros y le enviaremos una nueva tarjeta.

CAPÍTULO 1. Primeros pasos como miembro

Sección 3.2 Directorio de Proveedores

El *Directorio de proveedores* enumera los proveedores de nuestra red y los proveedores de equipos médicos duraderos. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que tengan un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier distribución de costos del plan como pago total.

Debe utilizar proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si usted asiste a otro lugar sin la autorización correspondiente, tendrá que pagar en su totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los 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), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en que CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitarla a Servicios para Miembros.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El directorio de farmacias enumera las farmacias de nuestra red. **Las farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir recetas cubiertas para los miembros de nuestro plan. Usted puede utilizar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 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 de Servicios para Miembros. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.carefirst.com/medicareadvantage.

Sección 3.4 La Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario)

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. Nosotros la llamamos la “Lista de medicamentos” para abreviar. Especifica cuáles medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por los beneficios de la Parte D incluidos en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced. Los medicamentos de esta lista los selecciona 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 CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced.

La Lista de medicamentos también le informa si hay alguna norma que limite la cobertura de medicamentos.

CAPÍTULO 1. Primeros pasos como miembro

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.carefirst.com/medicareadvantage) o llamar a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- La prima del plan (Sección 4.1)
- La prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- La multa por inscripción tardía en la Parte D (Sección 4.3)
- El monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)

En algunas circunstancias, la prima de su plan podría ser menor

Existen programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen “Ayuda Adicional” (Extra Help) y los Programas estatales de asistencia farmacéutica. En la sección 7 del capítulo 2, se explican en más detalle estos programas. Si usted califica, inscribirse en el programa podría reducir la prima mensual de su plan.

Si *ya está inscrito* y recibe la ayuda de uno de estos programas, **es posible que la información sobre las primas contenida en esta *Evidencia de Cobertura* no se aplique a usted**. Le hemos enviado un documento separado llamado “Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional (Extra Help) para pagar sus medicamentos recetados” (que también se conoce como la “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que le brinda información sobre su cobertura de medicamentos. Si no recibe este documento, llame a Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”.

Las primas de la Parte B y de la Parte D de Medicare varían en función de los ingresos de las personas. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise en su copia del manual *Medicare y Usted 2023*, la sección llamada “Costos de Medicare 2023”. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede pedir una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual. Para 2023, la prima mensual para CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced es de \$75 en los condados de Anne Arundel, Carroll, Frederick, Hartford y Howard y \$95 en los condados de Baltimore City, Baltimore, Montgomery y Prince George.

CAPÍTULO 1. Primeros pasos como miembro**Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare****Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare.**

Además de pagar la prima mensual del plan, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima de la Parte B. También puede incluir una prima de 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 están obligados a pagar una **multa por inscripción tardía** en la Parte D. La multa por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si, en cualquier momento después de que finalice su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días seguidos o más en los que no tiene cobertura de la Parte D ni ninguna otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. Una “cobertura acreditable de medicamentos con receta médica” es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, pues se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta médica de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo haya estado sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. Deberá pagar esta multa durante el tiempo que tenga cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. Cuando se inscriba por primera vez en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced, le informaremos el monto de la multa. Si no paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos recetados.

No tendrá que pagarla en los siguientes casos:

- Recibe “Ayuda Adicional” (“Extra Help”) de Medicare para pagar sus medicamentos con receta médica.
- Pasó menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Tuvo cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador previo, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su asegurador o su departamento de recursos humanos le indicarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información puede enviársele en una carta o incluirse en un boletín del plan. Guarde esta información, ya que es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare en el futuro.
 - **Nota:** En cualquier aviso de este tipo, se debe indicar que usted tenía cobertura “acreditable” de medicamentos recetados que se esperaba que cubriera tanto como cubre el plan estándar de medicamentos recetados de Medicare.
 - **Nota:** Los siguientes ejemplos *no* son coberturas de medicamentos recetados acreditables: tarjetas de descuento de medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuento en medicamentos.

CAPÍTULO 1. Primeros pasos como miembro

Medicare determina el monto 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 acreditable después de comenzar a ser elegible para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura. La multa es de un 1% por cada mes que no tenga cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será de 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en la nación del año anterior. Para 2023, el monto promedio de la prima es de \$32.74.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima mensual promedio y, luego, redondee a los 10 céntimos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% de \$32.74, lo que equivale a \$4.5836. Este monto se redondea a \$4.60. Esta cantidad se sumaría **a la prima mensual de una persona con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres cosas importantes que debe tener en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año** porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **usted continuará pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, aunque cambie de plan.
- Tercero, si usted es menor de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía se basará únicamente en los meses que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial en Medicare por la edad.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Generalmente, usted debe solicitar esta revisión **dentro de un plazo de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió, en la cual se indica que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

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

Sección 4.4 Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos

Es posible que algunos miembros estén obligados a pagar un cargo adicional, conocido como el Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA. El cargo adicional se calcula con su ingreso bruto ajustado modificado, según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto está por encima de cierta

CAPÍTULO 1. Primeros pasos como miembro

cantidad, usted pagará la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que podría 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 usted tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole cuál será el monto adicional. El monto adicional se deducirá del cheque de beneficios que recibe del Seguro Social, de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo pague la prima del plan de manera habitual, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Usted debe abonar el monto adicional al Gobierno. No puede pagarse con la prima mensual de su plan. Si no paga el monto adicional, se anulará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con pagar un monto adicional, puede pedirle 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 Existen diversas maneras de pagar la prima del plan

Existen tres maneras de pagar la prima de su plan. Pagará con cheque (Opción 1), a menos que nos indique que desea que su prima se deduzca automáticamente de una cuenta corriente o cuenta de ahorros (Opción 2) o de su cheque del Seguro Social (Opción 3).

Opción 1: pago con cheque

CareFirst le facturará mensualmente. El primer pago de su prima vence en la fecha de entrada en vigencia de la cobertura o antes. Su factura de la prima de cada mes se enviará por correo postal alrededor del día 15 del mes anterior, y las primas de cada mes de cobertura vencen el primer día del mes para el período al cual se aplica la prima.

Su cheque se debe emitir a nombre de CareFirst Advantage (no a nombre de CMS ni HHS) y se debe enviar a la dirección que aparece a continuación. Si su cheque es rechazado por fondos insuficientes, es posible que le cobremos una tarifa de no más de \$14, independiente de cualquier tarifa que su banco pueda cobrar por fondos insuficientes.

Payment Administrator

P.O. Box 783757

Philadelphia, PA 19178-3757

CAPÍTULO 1. Primeros pasos como miembro

Opción 2: puede pagar haciendo que el monto se deduzca automáticamente de tu cuenta corriente o de ahorros

CareFirst le facturará mensualmente. El primer pago de su prima vence en la fecha de entrada en vigencia de la cobertura o antes. Su factura de la prima de cada mes se enviará por correo postal alrededor del día 15 del mes anterior, y las primas de cada mes de cobertura vencen el primer día del mes para el período al cual se aplica la prima.

Puede elegir que su prima se debite automáticamente de una cuenta corriente o cuenta de ahorros, a través de una transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT). Los formularios de EFT se pueden encontrar en nuestro sitio web en www.carefirst.com/medicareadvantage o poniéndose en contacto con Servicios para Miembros. Complete y firme el formulario y envíenoslo por correo postal a la siguiente dirección:

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage

P.O. Box 3236

Scranton, PA 18505

Si nuestro intento de deducir su prima es rechazado por fondos insuficientes, es posible que le cobremos una tarifa de no más de \$14, independiente de cualquier tarifa que su banco pueda cobrar por fondos insuficientes.

Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de EFT, puede comunicarse con Servicios para Miembros (los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento.)

Opción 3: deducir la prima de su plan de su cheque mensual del Seguro Social**Cómo cambiar la manera en que usted paga su prima**

Si decide cambiar la forma de pago de su prima, la nueva forma de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigor. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que su prima del plan sea pagada a tiempo. Si desea cambiar su método de pago, comuníquese con Servicios para Miembros.

Qué hacer si tiene problemas para pagar la prima del plan

El pago de la prima vence y debe llegar a nuestras oficinas a más tardar el primer día del mes. Si no recibimos su pago antes del quinto día del mes, le enviaremos un aviso informándole que su membresía en el plan finalizará si no recibimos su prima dentro de tres meses. Si está obligado a pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, comuníquese con Servicios para Miembros para ver si podemos recomendarle programas que lo ayuden con sus costos.

Si finalizamos su membresía porque no pagó su prima, tendrá cobertura de salud de Original Medicare. Además, es posible que no pueda recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. (Si permanece

CAPÍTULO 1. Primeros pasos como miembro

sin cobertura “acreditable” de medicamentos durante más de 63 días, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D durante el tiempo que tenga cobertura de la Parte D).

En la fecha en que demos por finalizada su membresía, es posible que usted aún nos deba las primas que no pagó. Tenemos derecho a cobrar el monto que usted adeude. En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (u otro plan que ofrezcamos), deberá pagar el monto que adeuda antes de poder inscribirse.

Si cree que cancelamos su membresía por error, puede presentar una queja (también llamada queja); consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una queja. Si tuvo una circunstancia de emergencia que estuvo fuera de su control y le impidió pagar la prima de su plan dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. Para quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. El Capítulo 9, Sección 10 de este documento le indica cómo presentar una queja o puede llamarnos a 855-290-5744 entre 8am-8pm EST, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, desde el 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar su solicitud dentro de los 60 días después de la fecha en que finaliza su membresía.

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

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

Sin embargo, en algunos casos, la parte de la prima que usted debe pagar puede cambiar durante el año. Esto puede suceder si usted pasa a reunir los requisitos para beneficiarse del programa “Ayuda Adicional” (Extra Help) o si usted pierde la elegibilidad para este programa durante el año. Si un miembro califica para recibir “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar los costos de medicamentos recetados, el programa “Ayuda Adicional” (Extra Help) pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que pierde la elegibilidad durante el año, deberá empezar a pagar la prima mensual completa. Usted puede encontrar más información sobre el programa de “Ayuda Adicional” (Extra Help) en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado el registro de su membresía del plan

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluida su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, incluido su Proveedor de atención primaria.

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

CAPÍTULO 1. Primeros pasos como miembro

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge, de accidentes de trabajo o Medicaid)
- Si tiene algún reclamo por responsabilidad civil, como un reclamo por un accidente automovilístico
- Si lo han ingresado en un centro de convalecencia
- Si recibe atención en un hospital o una sala de urgencias fuera del área o fuera de la red
- Si la parte responsable designada (como un encargado del cuidado) cambia
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**nota:** no es necesario que informe a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que piensa participar, pero le recomendamos que lo haga)

Si cambia alguna de esta información, comuníquenosla llamando a Servicios para Miembros.

También es importante llamar al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono e información de contacto para el Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare nos exige que reunamos información de parte suya sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios de nuestro plan. Esto se llama **coordinación de beneficios**.

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

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

Las siguientes reglas se aplican para la cobertura de un plan de salud colectivo del empleador o de un sindicato:

- Si usted cuenta con cobertura para jubilados, Medicare paga primero.

CAPÍTULO 1. Primeros pasos como miembro

- Si la cobertura del plan de salud colectivo está basada en su empleo actual o en el de un familiar, quien sea el pagador primario dependerá de la edad de usted, de la cantidad de personas empleadas por su empleador y de si usted tiene Medicare por la edad, una discapacidad o porque tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
 - Si usted es menor de 65 años y tiene una discapacidad y usted o su familiar aún trabajan, su plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más o, al menos, un empleador en un plan de varios empleadores que tiene más de 100 empleados.
 - Si usted es mayor de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, su plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más o, al menos, un empleador en un plan de varios empleadores que tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a ESRD, su plan de salud colectivo pagará primero durante los primeros 30 meses después de que usted sea elegible para Medicare.

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

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

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

CAPÍTULO 2:

Recursos y números de teléfono importantes

CAPÍTULO 2. Recursos y números de teléfono importantes**SECCIÓN 1 Contactos de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios para Miembros)****Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de nuestro plan**

Si necesita ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene preguntas sobre la tarjeta de membresía, llame o escriba a Servicios para Miembros de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced. Será un gusto ayudarlo.

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
LLAME AL	<p>855-290-5744</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>8am-8pm EST, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, desde el 1 de abril al 30 de septiembre.</p> <p>Servicios para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. 8am-8pm EST, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, desde el 1 de abril al 30 de septiembre.</p>
FAX	855-215-6947
ESCRIBA A	<p>CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage P.O. Box 3236 Scranton, PA 18505</p>
SITIO WEB	www.carefirst.com/medicareadvantage

Método	Servicios para Miembros para medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	<p>888-970-0917</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p>

CAPÍTULO 2. Recursos y números de teléfono importantes

Método	Servicios para Miembros para medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
	Servicios para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.
FAX	855-633-7673
SITIO WEB	www.carefirst.com/medicareadvantage

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicite una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos o sus 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 sobre cómo solicitar decisiones o apelaciones de cobertura sobre su atención médica o sus 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 de atención médica. Información de contacto
LLAME AL	855-290-5744 Las llamadas a este número son gratuitas. 8am-8pm EST, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, desde el 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. 8am-8pm EST, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, desde el 1 de abril al 30 de septiembre.

CAPÍTULO 2. Recursos y números de teléfono importantes

Método	Decisiones de cobertura de atención médica. Información de contacto
FAX	<p>Servicios para pacientes internados: 443-753-2341</p> <p>Servicios para pacientes ambulatorios: 443-753-2342</p> <p>Servicios de cuidado a domicilio y Equipos médicos duraderos: 443-753-2343</p> <p>Terapias para pacientes ambulatorios: Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla: 443-753-2346</p> <p>Salud conductual y abuso de sustancias: 443-753-2347</p>
ESCRIBA A	<p>CareFirst BlueCross BlueShield Preservice Review Department 10455 Mill Run Circle Owings Mills, MD 21117</p> <p>Correo electrónico: Servicios para pacientes internados: MAInpatient@carefirst.com Servicios para pacientes ambulatorios: MAOutpatient@carefirst.com Servicios de cuidado a domicilio y Equipos médicos duraderos: MAHC-DME@carefirst.com Terapias para pacientes ambulatorios (fisioterapia, terapia ocupacional y del habla): MAOPAP@carefirst.com Salud conductual y abuso de sustancias: MABH@carefirst.com</p>

Método	Apelaciones de atención médica. Información de contacto
LLAME AL	<p>855-290-5744</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. 8am-8pm EST, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, desde el 1 de abril al 30 de septiembre.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. 8am-8pm EST, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, desde el 1 de abril al 30 de septiembre.</p>
FAX	<p>Apelaciones de pagos médicos: 443-753-2298</p> <p>Apelaciones expeditas clínicas: 410-605-2566</p>

CAPÍTULO 2. Recursos y números de teléfono importantes

Método	Apelaciones de atención médica. Información de contacto
ESCRIBA A	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Clinical Appeals and Analysis 10455 Mill Run Circle Owings Mills, MD 21117

Método	Decisiones de cobertura de medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	888-970-0917 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.
FAX	Decisiones de cobertura estándar y expeditas: 855-633-7673
ESCRIBA A	CVS Caremark Coverage Determinations/Exceptions P.O. Box 52000 Phoenix, AZ 85072-2000
SITIO WEB	https://cdrd.cvscaremarkmyd.com/Coveragedetermination.aspx?ClientID=54

Método	Apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	888-970-0917 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.
TTY	711 Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

CAPÍTULO 2. Recursos y números de teléfono importantes

Método	Apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.
FAX	855-633-7673
ESCRIBA A	CVS Caremark Coverage Determinations/Exceptions P.O. Box 52000 Phoenix, AZ 85072-2000
SITIO WEB	https://cdrd.cvscaremarkmyd.com/Coverageredetermination.aspx?ClientID=54

Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una queja sobre la atención médica

Usted puede presentar una queja acerca de nosotros, nuestros proveedores o una de las farmacias de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de la atención. Este tipo de queja no tiene que ver con disputas de cobertura o pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre atención médica: información de contacto
LLAME AL	855-290-5744 Las llamadas a este número son gratuitas. 8am-8pm EST, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, desde el 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, Los 7 días de la semana, los 365 días del año,.
FAX	443-753-2298
ESCRIBA A	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Appeals and Grievances P.O. Box 3626 Scranton, PA 18505
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced directamente a Medicare. Para presentar una queja

CAPÍTULO 2. Recursos y números de teléfono importantes

Método	Quejas sobre atención médica: información de contacto
	en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Método	Quejas de medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	888-970-0917 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.
TTY	711 Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.
FAX	855-633-7673
ESCRIBA A	Grievance Department P.O. Box 30016 Pittsburgh, PA 15222-0330
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

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

Si recibió una factura o pagó por servicios (como una factura de proveedor) que usted piensa que debemos pagar, puede que tenga que pedirnos un reembolso o pagar la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

CAPÍTULO 2. Recursos y números de teléfono importantes

Método	Solicitudes de pago por atención médica: información de contacto
LLAME AL	855-290-5744 8am-8pm EST, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, desde el 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. 8am-8pm EST, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, desde el 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	855-215-6947
ESCRIBA A	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Claims P.O. Box 4495 Scranton, PA 18505
SITIO WEB	www.carefirst.com/medicareadvantage

Método	Solicitudes de pago para medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	888-970-0917 Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.
FAX	855-633-7673
ESCRIBA A	CVS Caremark Medicare Part D Claims Processing P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066

CAPÍTULO 2. Recursos y números de teléfono importantes

Método	Solicitudes de pago para medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
SITIO WEB	www.carefirst.com/medicareadvantage

SECCIÓN 2 Medicare

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

Medicare es el programa de seguro de salud Federal para personas de 65 años o más, algunas personas de menos de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñón).

La agencia Federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Esta agencia tiene contrato con organizaciones Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o al 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del Gobierno para Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. También tiene información de hospitales, centros de convalecencia, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también dispone de información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción a través de las siguientes herramientas: <ul style="list-style-type: none"> • Herramienta de elegibilidad de Medicare: proporciona información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.

CAPÍTULO 2. Recursos y números de teléfono importantes

Método	Medicare: información de contacto
	<ul style="list-style-type: none"> • Buscador de planes de Medicare: brinda información personalizada sobre los planes disponibles de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proporcionan un <i>cálculo</i> de lo que podrían ser sus gastos de bolsillo en los distintos planes de Medicare. <p>También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe a Medicare sobre su queja: puede presentar una queja sobre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare se toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. <p>Si no tiene una computadora, la biblioteca local o el centro de adultos mayores lo pueden ayudar para que visite este sitio web por medio de las computadoras que tienen allí. O puede llamar a Medicare para indicarles qué información está buscando. Encontrarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

SECCIÓN 3 State Health Insurance Assistance Program (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Maryland, el SHIP se denomina State Health Insurance Assistance Program.

El State Health Insurance Assistance Program es un programa estatal independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe dinero del Gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre los seguros de salud locales a las personas cubiertas por Medicare.

State Health Insurance Assistance Program los asesores pueden ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, ayudarlo a presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento y ayudarlo a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. State Health Insurance Assistance Program los asesores también pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare y ayudarlo a

CAPÍTULO 2. Recursos y números de teléfono importantes

comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov
- Haga clic en “**Hablar con alguien**” en el centro de la página de inicio
- Ahora dispone de las siguientes opciones
 - Opción n.º1: usted puede **tener un chat en vivo con un representante de 1-800-MEDICARE**
 - Opción n.º 2: puede seleccionar su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en GO (Ir). Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Método	State Health Insurance Assistance Program (Maryland SHIP): información de contacto
LLAME AL	410-767-1100 o al 800-243-3425
TTY	711 Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	State Health Insurance Assistance Program Maryland Department of Aging 301 West Preston Street Baltimore, MD 21201
SITIO WEB	https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx

SECCIÓN 4 Organización para el mejoramiento de la calidad

Existe una Organización para el Mejoramiento de la Calidad encargada de atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Maryland, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta.

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

Debe comunicarse con Livanta en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja acerca de la calidad de la atención médica que ha recibido.
- Considera que la cobertura de su estancia en el hospital termina demasiado pronto.

CAPÍTULO 2. Recursos y números de teléfono importantes

- Considera que la cobertura de los servicios de atención médica a domicilio, atención de un centro de enfermería especializada o de un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) termina demasiado pronto.

Método	Livanta (Organización para el mejoramiento de la calidad de Maryland): información de contacto
LLAME AL	888-396-4646 De lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 7:00 p.m., y De sábado a domingo, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m. correo de voz disponible las 24 horas.
TTY	888-985-2660 Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Livanta BFCC-QIO 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y encargarse de la inscripción en Medicare. Medicamentos Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplen con determinadas condiciones, reúnen los requisitos para Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso superior. Si usted recibió una carta del Seguro Social en la que se le dice que debe pagar un monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o si sus ingresos bajaron a causa de un evento que cambió sus circunstancias de vida, puede llamar al Seguro Social y solicitar que se reconsidere su caso.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informarles.

CAPÍTULO 2. Recursos y números de teléfono importantes

Método	Seguro Social. Información de contacto
LLAME AL	<p>1-800-772-1213</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. de lunes a viernes.</p> <p>Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y resolver algunos asuntos las 24 horas del día.</p>
TTY	<p>1-800-325-0778</p> <p>Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. de lunes a viernes.</p>
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del Gobierno federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos. Algunas personas con Medicare también cumplen con los requisitos para Medicaid.

Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar los costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Medicare Savings Programs” incluyen:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario Especificado de Medicare con Ingresos Bajos (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid [SLMB+].)
- **Persona Calificada (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos Trabajadores y Discapacitados Calificados (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con Maryland Medical Assistance.

CAPÍTULO 2. Recursos y números de teléfono importantes

Método	Maryland Medical Assistance: información de contacto
LLAME AL	410-767-6500 o al 877-463-3464; de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m.
TTY	800-735-2258 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	Maryland Department of Health 201 West Preston Street Baltimore, MD 21201
SITIO WEB	https://mmcp.health.maryland.gov

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

En el sitio web de Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>), se proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas para ayudar, los cuales se describen a continuación.

Programa Ayuda Adicional (Extra Help)

Medicare ofrece “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar los costos de los medicamentos recetados a personas que tengan ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y sus acciones, pero no su casa ni su automóvil. Si califica, obtiene ayuda para pagar la prima mensual de cualquier plan de medicamentos con receta médica de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos. Esta “Ayuda Adicional” (Extra Help) también se contabiliza para los gastos de bolsillo.

Si califica automáticamente para “Ayuda Adicional” (Extra Help), Medicare le enviará una carta por correo. No tendrá que presentar una solicitud. Es posible que pueda obtener “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar los costos y las primas de los medicamentos recetados. Para verificar si califica para obtener “Ayuda Adicional” (Extra Help), llame a:

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

CAPÍTULO 2. Recursos y números de teléfono importantes

Si cree que ha calificado para “Ayuda Adicional” (Extra Help) y cree que está pagando un monto de costo compartido incorrecto cuando obtiene su receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para que solicite asistencia para obtener evidencia de su copago adecuado nivel, o, si ya tiene la evidencia, para proporcionarnos esta evidencia.

- Comuníquese con Servicios para Miembros si no está seguro de qué evidencia debe proporcionarnos. A menudo, esta evidencia es un aviso de su oficina estatal de Medicaid o del Seguro Social que confirma que califica para recibir “Ayuda Adicional” (Extra Help). Dependiendo de su situación, puede ser otro tipo de documentación. Envíenos esta evidencia de alguna de las siguientes dos maneras. Luego, le reenviaremos la información actualizada a Medicare.

Fax: 855-215-6946

Escriba a: CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage
P.O. Box 3236
Scranton, PA 18505

- **Nota:** hasta que Medicare actualice sus registros, es posible que usted o su representante deban proporcionar una copia de la evidencia en la farmacia cuando obtenga recetas cubiertas por la Parte D para que se le cobre el monto de costo compartido correspondiente.
- Cuando recibimos la evidencia que demuestra su nivel de copago, actualizamos nuestro sistema para que usted pueda pagar el copago correcto cuando surta su siguiente receta médica en la farmacia. Si paga más que el monto de su copago, le haremos un reembolso. Podemos enviarle un cheque por el monto que pagó de más o podemos compensarle copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado los copagos y estos copagos representan un pago que usted debe a la farmacia, nosotros podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó por usted, podemos pagar directamente al estado. Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta.

¿Qué sucede si tiene cobertura en un State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos ofrecen ayuda para pagar recetas médicas, primas de planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en el State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP) o en otro programa que brinda cobertura para medicamentos de la Parte D (que no sea el programa de “Ayuda Adicional” [Extra Help]), continúa recibiendo el 70% de descuento en los medicamentos de marca cubiertos. También, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca en el período de interrupción en cobertura. Este descuento del 70% y del 5% que paga el plan se aplica tanto al precio del medicamento antes de cualquier cobertura del SPAP como para otra cobertura.

¿Qué sucede si usted tiene cobertura de un AIDS Drug Assistance Program (ADAP)?**¿Qué es el AIDS Drug Assistance Program (ADAP)?**

El AIDS Drug Assistance Program (ADAP) ayuda a las personas con HIV/AIDS que reúnen los requisitos para ADAP a tener acceso a los medicamentos para el HIV que pueden salvar sus vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, los cuales se encuentran en el formulario

CAPÍTULO 2. Recursos y números de teléfono importantes

ADAP, califican para la asistencia con la distribución de costos de medicamentos recetados por medio de Maryland AIDS Drug Assistance Program.

Nota: Para reunir los requisitos para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluidos la evidencia de residencia de estado y la condición de HIV, bajos ingresos según lo defina el estado, y estado de no asegurado o con seguro insuficiente. 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 410-767-6535 o al 800-205-6308.

Maryland AIDS Drug Assistance Program

410-767-6535 o al 800-205-6308

De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m.

500 N. Calvert Street

5th Floor

Baltimore, MD 21202

<https://health.maryland.gov/phpa/OIDPCS/Pages/MADAP.aspx>

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados cuentan con Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP) que ayudan a ciertas personas a pagar los medicamentos recetados según sus necesidades financieras, su edad, su afección médica o discapacidad. Cada estado cuenta con normas diferentes para ofrecer la cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Maryland, el State Pharmaceutical Assistance Program es Maryland Senior Prescription Drug Assistance Program.

Método	Maryland Senior Prescription Drug Assistance Program: información de contacto
LLAME AL	800-551-5995 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	800-877-5156 Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Maryland - SPDAP c/o International Software Systems Inc. P.O. Box 749 Greenbelt, Maryland 20768-0749
SITIO WEB	http://marylandspdap.com

CAPÍTULO 2. Recursos y números de teléfono importantes

CareFirst BlueCross BlueShield Core ofrece cobertura adicional durante la etapa sin cobertura para las Insulinas seleccionadas. Durante la Etapa sin cobertura, sus costos de bolsillo para las Insulinas seleccionadas serán de \$35 por un suministro de un mes. Consulte la Sección 6 del Capítulo 6 para obtener más información sobre la cobertura durante la etapa sin cobertura. Nota: Este costo compartido sólo se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional [Extra Help]”). Para averiguar qué medicamentos son las Insulinas seleccionadas, revise la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos de forma electrónica. Puede identificar las Insulinas seleccionadas mediante el indicador SI (del inglés “Selected Insulins”) que se utiliza para referirse a las Insulinas seleccionadas en la Lista de medicamentos. Si tiene alguna pregunta sobre la Lista de medicamentos, también puede comunicarse con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).

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

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

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios: información de contacto
LLAME AL	<p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la RRB los días lunes, martes, jueves y viernes de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., y los miércoles de 9:00 a.m. a 12:00 p.m.</p> <p>Si presiona “1”, puede acceder a la Línea de ayuda automatizada de la RRB y a información grabada, las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.</p>
TTY	<p>1-312-751-4701</p> <p>Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.</p>

CAPÍTULO 2. Recursos y números de teléfono importantes

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios: información de contacto
SITIO WEB	rb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge) obtiene beneficios de su empleador (o el de su cónyuge) o grupo de jubilados como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador (o el de su cónyuge) o grupo de jubilados. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros 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 relacionadas con su cobertura de Medicare bajo este plan.

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

CAPÍTULO 3:

*Cómo usar el plan para sus
servicios médicos*

CAPÍTULO 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos**SECCIÓN 1 Información que se debe tener en cuenta para obtener atención médica cubierta como miembro de nuestro plan**

Este capítulo explica lo que debe saber acerca de cómo usar el plan para cubrir su atención médica. Proporciona definiciones de términos y explica las reglas que usted deberá seguir para obtener los tratamientos médicos, los servicios, el equipo, los medicamentos recetados y otra atención médica que el plan cubre.

Para obtener detalles sobre cuál atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted cuando recibe esta atención, utilice el Cuadro de beneficios médicos que se encuentra en el siguiente capítulo, Capítulo 4: *Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

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

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

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

Como plan de salud de Medicare, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las reglas de cobertura de Original Medicare.

Por lo general, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced cubrirá su atención médica siempre que suceda lo siguiente:

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

CAPÍTULO 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- **Usted cuenta con un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red, quien le brinda atención médica y la supervisa.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe otorgarle una aprobación por adelantado antes de que usted pueda utilizar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. A esto se le llama darle una “remisión”. Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - No está obligado a tener una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o servicios de urgencia. Usted también puede obtener otro tipo de atención sin que sea necesaria la aprobación por adelantado de su PCP (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir su atención de un proveedor de la red** (si desea obtener más información sobre el tema, consulte la Sección 2 en este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no se cubrirá. Esto significa que usted tendrá que pagar, en su totalidad, los servicios prestados al proveedor. *Hay tres excepciones:*
 - El plan cubre atención de emergencia o servicios de urgencia que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber lo que significa servicios de emergencia o servicios necesarios de urgencia, consulte la Sección 3 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 normalmente paga dentro de la red. En el caso de que considere que necesita servicios de un proveedor fuera de la red, usted o el proveedor fuera de la red deben llamar al plan para obtener autorización. Esta autorización debe recibirse antes de que se dé la atención; de lo contrario, no se cubrirán los servicios. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si obtuviese la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo recibir la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre servicios de diálisis renal que usted recibe de un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté fuera del área de servicio del plan de manera temporal o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible de forma temporal o no se pueda acceder a él. La distribución de costos que usted paga al plan por diálisis nunca puede exceder la distribución de costos de Original Medicare. Si usted está fuera del área de servicio del plan y recibe la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su distribución de costos no puede exceder lo que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible de forma temporal y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, la distribución de costos de la diálisis puede ser mayor.

CAPÍTULO 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos**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 (PCP) para que le brinde y supervise su atención médica****¿Qué es un “PCP” y qué hace por usted?**

Su PCP debe darle una remisión u orden antes de que usted busque servicios de especialistas y otros proveedores. Su PCP no es responsable de obtener autorización para los servicios prestados por un especialista cuando se requiere autorización. La autorización es responsabilidad del especialista u otro proveedor.

¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como un PCP?

Nuestros PCP son MD (médicos o licenciados en medicina), DO (médicos osteópatas) o NP (enfermeros profesionales certificados), quienes se especializan en una de las siguientes áreas:

- Medicina general y de familia: los médicos generales y de familia tratan a pacientes de todas las edades, desde recién nacidos hasta adultos. Estos médicos, generalmente, proporcionan atención obstétrica y ginecológica. Estos médicos tienen amplios conocimientos médicos y han completado la formación en pediatría, cirugía, medicina interna y geriatría.
- Medicina interna: los internistas están capacitados para identificar y tratar todos los aspectos de las afecciones médicas en adolescentes, adultos y ancianos. La mayoría de los internistas de nuestra red generalmente tratan a pacientes mayores de 18 años.
- Pediatría: los pediatras se especializan en el tratamiento de pacientes de 21 años o menos.
- Medicina interna/pediatría: los médicos de esta categoría están capacitados como internistas y como pediatras. Estos médicos tratan a niños y adultos.
- Medicina preventiva: los médicos de medicina preventiva promueven la salud y el bienestar para pacientes de todas las edades.

Si usted tiene una enfermedad que reúne los requisitos, como enfermedad renal en etapa terminal, puede elegir a un nefrólogo para que actúe como su proveedor de atención primaria. En algunas situaciones adicionales, otros especialistas también pueden aprobarse para actuar como su PCP.

El papel de un PCP

Un PCP es su principal proveedor de atención médica. Visitará a su PCP para chequeos regulares. Si se enferma, su PCP será la primera persona que le brinde atención. Su PCP le recetará medicamentos y lo remitirá a especialistas y otros proveedores, según sea necesario. Si necesita tratamiento especializado, su PCP puede remitirlo a un especialista del plan. La remisión de su PCP le dice al especialista algo sobre su afección médica y las cosas que su PCP desea que el especialista chequee.

CAPÍTULO 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

¿Qué servicios presta el PCP y cómo recibe atención de su PCP?

Por lo general, primero verá a su PCP para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Su PCP le brindará la mayor parte de su atención y ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted reciba como miembro del plan. Estos incluyen lo siguiente:

- Radiografías
- Análisis de laboratorio
- Terapias
- Atención de médicos especialistas
- Admisiones en hospitales
- Atención de seguimiento

¿Cuál es la función del PCP en la coordinación de servicios cubiertos?

Su PCP coordina los servicios cubiertos que usted obtiene como miembro de nuestro plan. “Coordinar” sus servicios incluye trabajar conjuntamente con, consultar con o dirigirlo a otros proveedores del plan con relación a su estado de salud y sus necesidades específicas de atención médica, así como proporcionar remisiones y coordinar autorizaciones previas, según sea necesario. Debido a que su PCP proveerá y coordinará su atención médica, usted debería hacer que toda su historia clínica sea enviada al consultorio del PCP. En el Capítulo 8 se explica cómo protegeremos la privacidad de su historia clínica y de su información personal de salud.

¿Cuál es la función del PCP en la obtención de la autorización previa?

Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, su PCP se encargará de solicitar la autorización previa (aprobación previa) de nuestro plan.

¿Cómo elegir a su PCP?

Cuando se inscriba en el plan, se le pedirá que elija a su PCP de una lista de proveedores de la red.

Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP pueda dejar de participar en la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que encontrar un PCP nuevo.

Para cambiar de PCP, puede buscar un nuevo PCP a través de nuestra herramienta de búsqueda de proveedores en línea que se encuentra aquí: www.carefirst.com/medicareadvantage. Una vez que encuentre a su nuevo PCP, o si necesita ayuda para seleccionar un nuevo PCP, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este documento).

Si se comunica con nosotros para cambiar su PCP a más tardar el día 20 del mes, el cambio se hará efectivo el primer día del mes siguiente. Si se comunica con nosotros para cambiar su PCP después del día 20 del mes, el cambio se hará efectivo el primer día del mes posterior al próximo mes. *Por ejemplo, si CareFirst Advantage, Inc., recibe su solicitud de cambiar su PCP el 20 de enero, el*

CAPÍTULO 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

cambio se hará efectivo el 1 de febrero. Si CareFirst Advantage, Inc., recibe su solicitud de cambiar su PCP el 21 de enero o después de esta fecha, el cambio se hará efectivo el 1 de marzo.

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

Sin tener la aprobación previa de su PCP, puede recibir los servicios que se enumeran a continuación.

- Atención médica de rutina para la mujer, que incluye exámenes mamarios, mamografías (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o fuera de la red.
- Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos o cuando el afiliado 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.
- Servicios de diálisis renal que recibe de un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté fuera del área de servicio del plan de manera temporal. (Si es posible, llame a Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a coordinar su diálisis de mantenimiento mientras está fuera).
- Vacuna de refuerzo contra el herpes (zóster), vacunas contra la difteria, el tétanos y la tos ferina, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Visita anual de bienestar
- Colonoscopia de detección cada 10 años

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

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

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

CAPÍTULO 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

¿Cuál es la función del PCP en la remisión de miembros a especialistas y otros proveedores?

Cuando necesite tratamiento especializado, su PCP coordinará su atención mediante una remisión a un proveedor de la red. Su especialista debe analizar sus opciones de atención médica con el PCP. En algunos casos, es posible que lo envíen de nuevo al PCP para atención de seguimiento adicional. Es muy importante que obtenga la aprobación por adelantado del PCP antes de que vea a un especialista del plan o a otros proveedores determinados.

¿Para qué servicios necesitará su PCP obtener autorización previa?

La autorización previa es una aprobación por adelantado para obtener servicios. En una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO), algunos servicios médicos de la red están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen una “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa se indican en cursiva en el Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Es importante saber qué es lo que Medicare cubrirá o no. Asegúrese de preguntar a su proveedor si un servicio está cubierto. Los proveedores deben informarle cuando algo no esté cubierto. Deben notificarle por escrito o informarle verbalmente cuando Medicare no cubra el servicio.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en nuestro plan?

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

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le brindemos un acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos nuestro mayor esfuerzo por avisarle con un mínimo de 30 días de anticipación que su proveedor abandonará nuestro plan, de modo que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe con la gestión de sus necesidades de atención médica.
- Si está bajo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido, y nosotros trabajaremos con usted para asegurarnos de que eso sea así.
- Si nuestra red no tiene un especialista calificado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio con la misma distribución de costos que se requiere dentro de la red. Usted puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red con la aprobación previa de nuestro plan.
- Si se entera de que su médico o especialista deja el plan, comuníquese con nosotros para que lo ayudemos a encontrar un nuevo proveedor que gestione su atención.

CAPÍTULO 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar al anterior o que la atención que recibe no es la apropiada, usted tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja sobre la calidad de la atención ante el plan, o ambas. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.4 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

Para los servicios cubiertos con Medicare, si requiere servicios especializados que no están disponibles en nuestro proveedor, comuníquese con su proveedor de atención primaria (PCP) para obtener autorización y coordinación de atención. Los miembros tienen derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red para servicios de urgencia o de emergencia. Los servicios de diálisis están cubiertos para miembros con ESRD que han viajado fuera del área de servicio del plan y no pueden acceder a proveedores de ESRD dentro de la red.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de una emergencia, una necesidad de atención urgente o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica

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

Una “**emergencia médica**” es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si es una mujer embarazada, pérdida de un niño por nacer), pérdida de una extremidad o función de una extremidad, o pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, haga lo siguiente:

- **Consiga ayuda tan pronto como le sea posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o diríjase a la sala de urgencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. *No* necesita obtener primero una aprobación o una remisión del PCP. No es necesario que use un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta en cualquier momento que la necesite, en cualquier lugar dentro de Estados Unidos o en sus territorios y de cualquier proveedor con una licencia estatal pertinente, incluso si no son parte de nuestra red. También cubrimos servicios de emergencia fuera de Estados Unidos y sus territorios.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de informar a nuestro plan su emergencia.** Necesitamos dar seguimiento a su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Llame al número de teléfono de Servicios para Miembros que aparece al dorso de su tarjeta de membresía para contarnos acerca de su atención de emergencia.

CAPÍTULO 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

¿Qué se cubre si tiene una emergencia médica?

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de urgencias por cualquier otro medio podría poner su salud en peligro. También cubrimos los servicios médicos mientras dure la emergencia.

Los médicos que le estén brindando la atención de emergencia decidirán el momento en el que su condición sea estable y concluya la emergencia médica.

Luego de que la emergencia médica haya terminado, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para estar seguro de que su estado sigue siendo estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y planifiquen para que reciba atención adicional. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan.

Si recibe la atención de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de hacer los arreglos necesarios para que los proveedores de la red se ocupen de su atención tan pronto como lo permitan su condición médica y las circunstancias.

¿Qué sucede si no fue una emergencia médica?

Algunas veces, puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría solicitar atención de emergencia, pensando que su salud está en grave peligro, y el médico podría decir que, después de todo, no era una emergencia médica. Si resulta que no fue una emergencia, siempre que haya sido razonable que usted considerara que su salud corría un riesgo grave, cubriremos su atención.

No obstante, luego de que el médico indique que *no* fue una emergencia, cubriremos la atención adicional *únicamente* si la obtiene en una de estas dos formas:

- Usted visita a un proveedor de la red para obtener la atención adicional.
- – o – la atención adicional que obtiene se considera como “servicios de urgencia”, y usted sigue las reglas para obtenerlos (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo recibir atención cuando la necesita urgentemente**¿Qué son los “servicios de urgencia”?**

Un servicio de atención de urgencia es una situación que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero dadas sus circunstancias, no es posible o razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de atención de urgencia que se prestan fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios de atención de urgencia son: i) un dolor de garganta grave que ocurre durante el fin de semana o ii) la exacerbación inesperada de una afección que usted padece mientras está temporalmente fuera del área de servicio.

Puede recibir atención de urgencia a través de centros de atención de urgencia o mediante telesalud y opciones en línea. Su *Directorio de proveedores* incluye una lista de centros de atención de urgencia que forman parte de la red. También puede aprovechar las opciones remotas, como nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas y la Consulta por Video de CareFirst.

CAPÍTULO 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo, fuera de Estados Unidos, en las siguientes circunstancias:

- la atención es necesaria para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia; o
- los servicios se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevistas que no son de emergencia y requieren atención médica inmediata.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el Gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos o el Presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o de emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a recibir atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.carefirst.com/medicareadvantage para obtener información sobre cómo conseguir la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con costos compartidos dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda obtener los medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información adicional.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente a usted el costo total de los servicios?

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

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

Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en el Cuadro de beneficios médicos (en el Capítulo 4 de este documento). Si usted recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios que obtiene fuera de la red y que no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio

CAPÍTULO 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

cubierto. Cualquier monto que pague después de agotar el beneficio no se tiene en cuenta para el máximo de gastos de bolsillo.

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

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

Un estudio de investigación clínica (llamado también un “ensayo clínico”) es una manera en que los médicos y los científicos prueban nuevos tipos de atención médica como, por ejemplo, qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Determinados estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare se caracterizan por solicitar la participación de voluntarios en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, y usted exprese su interés en participar, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el mismo y para ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos a cargo. Usted puede participar en el estudio, siempre y cuando cumpla con los requisitos del estudio y comprenda y acepte plenamente lo que implica su participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si nos informa que está participando en un ensayo clínico calificado, usted solo deberá pagar la distribución de costos dentro de la red para los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de la distribución de costos de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y la distribución de costos dentro de la red. Sin embargo, tendrá que presentar la documentación que demuestre la cantidad que pagó. Si participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación o la de su PCP. *No* se requiere que los proveedores que proporcionen su atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Si bien no es necesario que obtenga el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos informe con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

CAPÍTULO 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos**Sección 5.2 Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?**

Cuando participa en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubrirá los servicios y artículos de rutina que reciba como parte del estudio de investigación, entre ellos:

- Alojamiento y alimentación para una estancia en el hospital que Medicare pagaría incluso si no está en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones por la atención nueva.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre la distribución de costos en Original Medicare y la distribución de costos dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que recibe como parte del estudio como si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar la documentación que demuestre el monto de la distribución de costos que pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pagos.

Este es un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: supongamos que tiene una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Asumamos también que su parte del costo para esta prueba es \$20 en Original Medicare, pero la prueba costaría \$10 bajo los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagará \$80 por la prueba y usted pagará \$20 de copago establecido por Original Medicare. A continuación, deberá notificar a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y presentar la documentación, como la factura del proveedor, al plan. El plan entonces le pagará \$10 directamente a usted. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, la misma cantidad que paga con las prestaciones de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan debe presentar la documentación a su plan, como la factura del proveedor.

Cuando forme parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán nada de lo enumerado a continuación:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará el nuevo artículo o servicio que el estudio esté probando, a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted *no* participa en un estudio.
- Artículos o servicios que se proporcionan únicamente para recopilar datos y que no se usan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no paga para que se realicen tomografías computarizadas mensuales como parte del estudio si su afección médica normalmente solo requiere una.

¿Quiere saber más?

Puede obtener más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare y los estudios de investigación clínica”. La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf. También puede llamar al

CAPÍTULO 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

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

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

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud?

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

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

Para obtener atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud, usted debe firmar un documento legal en el que se diga que, de forma consciente, usted se opone a recibir tratamiento médico que “no está exceptuado”.

- La atención o el tratamiento médico que “no esté exceptuado” corresponde a la atención o al tratamiento médico *voluntario* y *no obligatorio*, según la legislación federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “que esté exceptuado” corresponde a la atención o el tratamiento médico que *no* es voluntario o que es *obligatorio*, según la legislación federal, estatal o local.

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

- El centro que proporciona la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios que usted recibe de nuestro plan está limitada a aspectos de atención *no religiosos*.
- Si esta institución le proporciona servicios en un centro, aplican las siguientes condiciones:
 - Debe sufrir de una condición médica que le permitiría recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados o atención en un centro de enfermería especializada.
 - – y – usted debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ingresar al centro, o su internación no estará cubierta.

CAPÍTULO 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Se aplican los límites de cobertura de atención en el hospital para pacientes internados y centro de enfermería especializada de Medicare. Consulte el Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4 para obtener más detalles.

SECCIÓN 7 Normas para ser propietario de los equipos médicos duraderos

Sección 7.1 ¿Será suyo el equipo médico duradero después de realizar un cierto número de pagos bajo nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos tales como el equipo y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchón eléctrico, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión IV, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre será dueño de determinados artículos, tales como prótesis. En esta sección describimos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME adquieren la propiedad luego de hacer copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced, no adquirirá la propiedad de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. Esto sucede incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo DME bajo Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

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

Si no adquirió la propiedad del artículo DME mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que se pase a Original Medicare para poder ser dueño del artículo. Los pagos realizados mientras está inscrito en su plan no cuentan.

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

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

CAPÍTULO 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Sección 7.2 Reglas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno**¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?**

Si califica para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced lo cubrirá:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para la administración de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno

Si usted deja el plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced o ya no requiere médicamente un equipo de oxígeno, entonces el equipo de oxígeno se debe devolver al propietario.

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

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le proporcione servicios por cinco años. Durante los primeros 36 meses usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes que el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de cinco años puede elegir quedarse en la misma compañía o cambiarse a otra. En ese momento, el ciclo de cinco años vuelve a empezar, incluso si sigue en la misma compañía, lo que lo obliga a pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si usted se inscribe o abandona nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1 Explicación sobre sus gastos de bolsillo para servicios cubiertos

Este capítulo proporciona un Cuadro de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se explican las limitaciones para determinados servicios.

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que posiblemente tenga que pagar por sus servicios cubiertos

Para entender la información que le damos sobre los pagos en este capítulo, necesita conocer los tipos de gastos de bolsillo que posiblemente tenga que pagar por los servicios cubiertos.

- El “**copago**” es un monto fijo que usted paga cada vez que recibe determinados servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (El Cuadro de Beneficios Médicos de la Sección 2 le brinda más información sobre los copagos).
- El “**coseguro**” es el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (El Cuadro de Beneficios Médicos de la Sección 2 le brinda más información sobre el coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos o coseguro. Asegúrese de mostrar su evidencia de Medicaid o de que cumple con los requisitos de QMB a su proveedor, si corresponde.

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

Debido a que está inscrito en un Medicare Advantage Plan, existe un límite en el monto total que debe pagar por gastos de bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2023, esta cantidad es de \$7,300.

Los montos que paga por copagos y coseguros por servicios cubiertos dentro de la red se contabilizan para el cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo. Los montos que paga por las primas del plan y por sus medicamentos recetados de la Parte D no se tienen en cuenta para su monto máximo de gastos de bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para su monto máximo de gastos de bolsillo. Estos servicios se marcan en el Cuadro de Beneficios Médicos. Si alcanza el monto máximo de gastos de bolsillo de \$7,300, no tendrá que pagar gastos de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red. Sin embargo, usted debe seguir pagando la prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero pague la prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le envíen “facturas de saldo”

Como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced, una protección importante para usted es que solo deberá pagar su monto de distribución de costos cuando reciba los servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores pueden no agregar cargos adicionales por separado, lo que se denomina “facturación de saldo”. Esta protección se aplica aun si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

A continuación, detallamos cómo funciona esta protección:

- Si su distribución de costos es un copago (un monto fijo de dólares, por ejemplo, \$15.00), entonces usted paga solo ese monto por cualquier servicio cubierto recibido de un proveedor de la red.
- Si su distribución de costos es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que visite:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determine en el contrato celebrado entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión o para emergencias o servicios de urgencia.)
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión o para emergencias o servicios de urgencia.)
- Si cree que un proveedor le ha “facturado el saldo”, llame a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 2 Use el Cuadro de beneficios médicos para conocer lo que está cubierto y cuánto deberá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan

En el Cuadro de Beneficios Médicos que se encuentra en las siguientes páginas, se enumeran los servicios que CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced cubre y el pago de gastos de bolsillo que usted hace por cada servicio. La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios que se enumeran en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

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

- Sus servicios cubiertos de Medicare deben proveerse según los lineamientos de cobertura establecidos por Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipo y los medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, los suministros o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.
- Usted recibe su atención médica 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 una atención de emergencia o de urgencia, o que su plan o un proveedor de la red le haya dado una remisión. Esto significa que usted tendrá que pagar, en su totalidad, los servicios prestados al proveedor.
- Usted cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP), quien le brinda atención médica y la controla. En la mayoría de los casos, su PCP debe otorgarle una aprobación por adelantado antes de que usted pueda utilizar otros proveedores de la red del plan. Esto significa que le otorga una “remisión”.
- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos *únicamente* si su médico u otro proveedor de la red obtiene la aprobación por adelantado (llamada algunas veces “autorización previa”). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por anticipado están resaltados en el Cuadro de Beneficios Médicos en letra cursiva.


Otros datos importantes que debe conocer acerca de su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. En el caso de otros, paga *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte la guía *Medicare y Usted 2023*. Puede consultarlo en Internet en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin ningún costo bajo Original Medicare, también cubrimos ese servicio de manera gratuita para usted. Sin embargo, si usted también recibe tratamiento o si se le revisa por alguna enfermedad existente o nueva durante la visita a un proveedor en que reciba un servicio preventivo, se aplicará un copago por el tratamiento recibido para la enfermedad existente o nueva.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante el 2023, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.






Verá esta manzana al lado de los servicios preventivos en el Cuadro de beneficios médicos.




Cuadro de beneficios médicos


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una única exploración por ultrasonido para las personas en riesgo. El plan cubre estas pruebas de detección únicamente si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermero, enfermero autorizado o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficiarios elegibles para estas pruebas de detección preventivas.</p>
<p>Acupuntura para dolor crónico en la espalda baja</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>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 crónico en la espalda baja se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aquel que dura 12 semanas o más; • no es específico, en el sentido de que no tiene ninguna causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una afección metastásica, inflamatoria, enfermedad infecciosa, etc.); • no está relacionado con una cirugía; y • no está relacionado con el embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>Se debe interrumpir el tratamiento si el paciente no está mejorando o si presenta retroceso.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (tal como se define en la Sección 1861[r][1] de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar servicios de acupuntura en conformidad con los requisitos estatales vigentes.</p> <p>Los asistentes médicos (PA), los miembros del personal de enfermería (NP) o los miembros del personal de enfermería especialista en enfermería clínica (CNS) (tal como se indica en la Sección 1861[aa][5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar servicios de acupuntura si cumplen con todos los</p>	<p>\$40 de copago por cada visita a un acupunturista cubierta por Medicare.</p> <p>\$20 de copago por cualquier servicio de acupuntura adicional que no sea parte de los servicios cubiertos por Medicare (hasta 12 visitas por año calendario).</p> <p>Los servicios de rutina y los servicios no cubiertos por Medicare no se tienen en cuenta para el monto máximo de los gastos de bolsillo (Maximum out-of-pocket, MOOP).</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>requisitos del estado vigentes y si cuentan con las siguientes cualificaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un máster o un título de doctorado en acupuntura o medicina oriental otorgado por una escuela acreditada por la Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (Comisión de Acreditación para la Acupuntura y Medicina Oriental [ACAOM]); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en un estado, un territorio o un Estado Libre Asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o del Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que proporciona servicios de acupuntura debe ser supervisado adecuadamente por un médico, un PA o un NP/CNS, según lo que exigen nuestras reglamentaciones que se indican en las secciones 410.26 y 410.27 del título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR).</p> <p>Nuestro plan también cubre servicios de acupuntura de rutina, además de los servicios de acupuntura para dolor crónico en la espalda baja.</p>	
<p>Servicios de ambulancia</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro más cercano apropiado para brindar atención si se trata de un miembro para cuya afección médica se contraindica cualquier otro medio de transporte (ya que podría poner en peligro la salud de la persona) o si está autorizado por el plan. • El transporte que no es de emergencia en ambulancia es apropiado si está documentado que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte están contraindicados y dicho transporte en ambulancia es médicamente requerido. 	<p>\$200 de copago por cada traslado terrestre de ida en ambulancia cubierto por Medicare.</p> <p>20% de coseguro del costo total por cada traslado en ambulancia aérea cubierto por Medicare.</p> <p>Este copago no se elimina si se lo ingresa en un hospital.</p>
<p>Examen físico anual</p>	<p>\$0 de copago por un examen físico anual (1 por año calendario).</p>

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




Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>El plan cubre un examen físico de rutina, además de la visita anual de bienestar, una vez al año. Este examen incluye un historial médico/familiar detallado y la realización de una evaluación detallada de la cabeza a los pies con un examen práctico de todos los sistemas del cuerpo. Los servicios adicionales incluyen, según corresponda, órdenes de seguimiento o remisiones a otros profesionales, exámenes de laboratorio, pruebas de detección clínicas, EKG (electrocardiogramas), recomendaciones de exámenes de detección preventivos, vacunas y asesoramiento sobre comportamientos saludables.</p>	<p>Los servicios de rutina y los servicios no cubiertos por Medicare no se tienen en cuenta para el monto máximo de los gastos de bolsillo (MOOP).</p>
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si hace más de 12 meses que tiene la Parte B, puede realizar una visita anual de bienestar para elaborar o actualizar un plan de prevención personalizado según su estado de salud actual y los factores de riesgo. Esta visita está cubierta una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita de bienestar anual no se puede llevar a cabo dentro del período de 12 meses a partir de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que haya tenido una visita de “Bienvenido a Medicare” para contar con la cobertura de las visitas anuales de bienestar después de haber sido beneficiario de la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No tiene que pagar coseguros, copagos ni deducibles por la visita anual de bienestar.</p>
<p> Densitometría ósea</p> <p>Para las personas que califican (generalmente, son personas en riesgo de perder masa ósea o de padecer osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si se consideran médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detección de la pérdida de masa ósea o determinación de la calidad ósea, incluida una interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No debe pagar coseguros, copagos o deducibles por el examen de densitometría ósea cubierto por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección del cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años de edad 	<p>No tiene que pagar coseguros, copagos o</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años de edad y mayores • Exámenes clínicos de seno una vez cada 24 meses 	deducibles por mamografías cubiertas.
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>Se cubren programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento para los miembros que cumplen con ciertas condiciones y tienen la remisión de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son generalmente más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	\$10 de copago por cada servicio de rehabilitación cardíaca o servicio de rehabilitación cardíaca intensiva cubierto por Medicare.
<p> Visita de reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, puede que su médico hable del uso de aspirina (si es apropiado), le tome la presión arterial y le dé sugerencias para asegurarse de que usted consume alimentos saludables.</p>	No debe pagar coseguros, copagos o deducibles por el beneficio de terapia del comportamiento intensiva para la prevención de enfermedades cardiovasculares.
<p> Prueba de detección de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o alteraciones asociadas a un alto riesgo de tener enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	No debe pagar coseguros, copagos o deducibles por las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares cubiertas una vez cada 5 años.
<p> Pruebas de detección de cáncer cervical y vaginal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</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 	No tiene que pagar coseguros, copagos o deducibles por las pruebas de Papanicolaou y los

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> Si tiene alto riesgo de padecer de cáncer cervical o vaginal o está en edad fértil y tuvo un examen de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: un examen de Papanicolaou cada 12 meses. 	exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación. <p>Nuestro plan también cubre servicios quiroprácticos de rutina, además de la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.</p>	<p>\$10 de copago por cada visita quiropráctica cubierta por Medicare.</p> <p>\$10 de copago por cualquier servicio quiropráctico adicional que no sea parte de los servicios cubiertos por Medicare (hasta 12 visitas por año calendario).</p> <p>Los servicios de rutina y los servicios no cubiertos por Medicare no se tienen en cuenta para el monto máximo de los gastos de bolsillo (MOOP).</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de colon</p> <p>Los siguientes servicios están cubiertos para personas de 50 años o más:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sigmoidoscopia flexible (o examen preventivo de enema de bario, como alternativa) cada 48 meses <p>Uno de los siguientes cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> Análisis de sangre oculta en materia fecal basado en guayacol (gFOBT) Prueba inmunoquímica fecal (FIT) <p>Examen de detección del cáncer colorrectal basado en ADN, cada 3 años</p>	<p>No tiene que pagar coseguros, copagos o deducibles para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada enema de bario cubierto por Medicare.</p> <p>Si una prueba de detección de cáncer colorrectal finaliza en una biopsia o en la extracción de cualquier</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Para las personas con riesgo elevado de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección (o examen preventivo de enema de bario, como alternativa) cada 24 meses <p>Para las personas que no tienen riesgo elevado de tener cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses siguientes a una sigmoidoscopia de detección 	<p>crecimiento durante el procedimiento, no se aplica la distribución de costos del miembro para la colonoscopia de diagnóstico.</p> <p>Para obtener más detalles sobre la distribución de costos de la colonoscopia de diagnóstico, consulte la sección “Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y en centros de cirugía ambulatoria”.</p>
<p>Servicios dentales</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>Los servicios dentales integrales cubiertos por Medicare están cubiertos solo después de una reconstrucción de mandíbula, lesión accidental o extracciones en preparación para recibir radioterapia.</p> <p>En general, los beneficios dentales preventivos (como la limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos los siguientes servicios dos veces al año:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpiezas • Exámenes bucales • Radiografías. • Tratamiento con flúor <p>Servicios preventivos:</p> <p>Limpiezas:</p> <p>D1110 – Profilaxis: adulto (dos veces al año)</p> <p>Exámenes bucales:</p> <p>D0120 – Examen oral periódico: paciente establecido (dos veces al año)</p>	<p>\$20 de copago por servicios dentales integrales cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios preventivos:</p> <p><i>Los servicios de rutina y los servicios no cubiertos por Medicare no se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP).</i></p> <p>Limpiezas: \$5 de copago por servicio</p> <p>Exámenes orales: \$5 de copago por servicio</p> <p>Radiografías dentales: \$5 de copago por servicio</p> <p>Tratamiento con flúor: \$5 de copago por servicio</p>


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>D0140 – Evaluación oral limitada: centrada en el problema (una vez al día por proveedor), también disponible como modificador de teleodontología c/ D9995</p> <p>D0150 – Evaluación oral integral: paciente nuevo o establecido (una vez cada tres años por proveedor)</p> <p>D0160 – Evaluación oral detallada y exhaustiva: enfocada en el problema, según informe (una vez al día por proveedor)</p> <p>D0180 – Evaluación periodontal integral (una vez cada tres años por proveedor)</p> <p>D0190 c/D9995 - Examen de un paciente mediante teleodontología; un examen, incluidos los exámenes estatales o federales obligatorios, para determinar la necesidad de una persona de que un dentista la vea para realizar un diagnóstico (una vez por fecha de servicio)</p>	<p>Servicios integrales adicionales:</p> <p><i>Los servicios de rutina y los servicios no cubiertos por Medicare no se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP).</i></p> <p>Nuestro plan también cubre servicios dentales integrales adicionales, hasta un monto máximo de beneficios de \$800 por año calendario. Para obtener más información, consulte la lista de beneficios dentales completos que se encuentra a continuación del Cuadro de beneficios médicos.</p>
<p>Radiografías dentales:</p> <p>D0210 – Intraoral: serie completa de imágenes radiográficas (una vez cada tres años)</p> <p>D0220 – Intraoral: primera imagen radiográfica periapical (una vez por proveedor al día)</p> <p>D0230 – Intraoral: cada imagen radiográfica periapical adicional (hasta seis al día)</p>	
<p>Una aleta de mordida por conjunto al año:</p> <ul style="list-style-type: none"> • D0270 – Aleta de mordida: imagen radiográfica única • D0272 – Aletas de mordida: conjunto de dos imágenes radiográficas • D0273 – Aletas de mordida: conjunto de tres imágenes radiográficas • D0274 – Aletas de mordida: conjunto de cuatro imágenes radiográficas 	
<p>D0277 – Aletas de mordida vertical: entre 7 y 8 imágenes radiográficas (una vez cada tres años)</p>	
<p>D0330 – Imagen radiográfica panorámica (una vez cada tres años)</p>	
<p>Tratamiento con flúor:</p> <p>Solo uno de los códigos dos veces al año:</p>	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • D1206 – Aplicación tópica de barniz de flúor • D1208 – Aplicación tópica de flúor: se excluye barniz 	
 <p>Prueba de detección de depresión</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. El examen debe ser llevado a cabo en un centro de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o remisiones.</p>	<p>No tiene que pagar coseguros, copagos ni deducibles por la visita anual de prueba de detección de depresión.</p>
 <p>Prueba de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos estas pruebas de detección (incluidas las pruebas de glucosa en ayuno) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Es posible que las pruebas también tengan cobertura si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso o antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, puede ser elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No tiene que pagar coseguros, copagos o deducibles por las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>
 <p>Servicios, suministros y entrenamiento de autoadministración para la diabetes</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (ya sean insulino dependientes o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para monitorizar la glucosa en sangre: monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas de glucosa en la sangre, lancetas y dispositivos para lancetas y soluciones de control de glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores. 	<p>\$0 de copago por suministros para diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por zapatos y plantillas</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Para personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético: un par de zapatos terapéuticos hechos a la medida cada año calendario (incluida las plantillas que se proporcionan con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (no incluye las plantillas extraíbles estándar que se proporcionan con dichos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. 	<p>terapéuticos cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada capacitación sobre autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.</p>
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>(Para obtener una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 y la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital referidas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos sintetizadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no utiliza una marca o un fabricante específico, puede preguntar si pueden hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.carefirst.com/medicareadvantage.</p>	<p>20% de coseguro por artículos cubiertos por Medicare</p> <p>Su distribución de costos por la cobertura de los equipos de oxígeno de Medicare es de 20% de coseguro por artículos cubiertos por Medicare cada mes.</p> <p>Su distribución de costos no cambiará después de estar inscrito por 36 meses.</p> <p>Si antes de inscribirse en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced realizó 36 meses de pagos de alquiler por la cobertura de equipos de oxígeno, su distribución de costos en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced es de 20% de coseguro por artículos cubiertos por Medicare.</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
	<p>A partir del 1 de julio del 2023, la insulina que se suministre según la Parte B de Medicare a través de un equipo médico duradero (es decir, una bomba de insulina convencional médicamente necesaria) está sujeta a un límite de distribución de costos que no superará los \$35 para un suministro de un mes. No se aplica el deducible de la Parte B de Medicare.</p>
<p>Atención de emergencia</p> <p>Atención de emergencia hace referencia a los servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que fallezca (y, en caso de estar embarazada, pierda al bebé), pierda una extremidad o pierda la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>La distribución de costos para los servicios de emergencia necesarios proporcionados fuera de la red es la misma que para tales servicios proporcionados dentro de la red.</p> <p>La atención de emergencia está cubierta a nivel mundial.</p> <p>No hay cobertura una vez que se le admite a una hospitalización. Si tiene un servicio de emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable del pago en el momento en que se presten los servicios. A continuación, puede presentar las reclamaciones y un comprobante de pago para la consideración</p>	<p>\$90 de copago por cada visita a la sala de urgencias cubierta por Medicare.</p> <p>El copago se elimina si lo ingresan en el hospital en un plazo de 24 horas por la misma afección.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que se estabilizó su afección de emergencia, usted debe recibir dicha atención en un hospital fuera de la red que esté autorizado por el plan, y el costo que deberá pagar corresponderá a la distribución de costos más alta que pagaría en un hospital de la red.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>del reembolso (menos cualquier distribución de costos aplicable al miembro). El transporte y la repatriación no están cubiertos.</p> <p>Para obtener más información, consulte el Capítulo 7 (Sección 2.1).</p>	<p>Cobertura de emergencia a nivel mundial:</p> <p><i>Los beneficios de emergencia a nivel mundial NO se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP).</i></p> <p>\$0 de copago por cada visita a la sala de urgencias en todo el mundo cubierta por Medicare.</p> <p>\$50,000 (USD) de límite combinado por año por servicios de atención de urgencia y de emergencia prestados fuera de EE. UU. y sus territorios.</p>
<p> Programas de educación sobre salud y bienestar</p> <p>Nuestros programas de salud y bienestar están diseñados para mejorar la salud y la calidad de vida de los miembros. Estos programas se centran en mejorar los resultados de salud, incluidas las afecciones crónicas.</p> <p>Nuestro plan cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas: los miembros del personal de enfermería registrados están disponibles 24/7 (las 24 horas del día, los 7 días a la semana) para analizar sus síntomas y recomendarle la atención más adecuada. Llame al 833-968-1773 en cualquier momento, de día o de noche, para hablar con un miembro del personal de enfermería. - Acceso a la biblioteca de salud de CareFirst (https://carefirst.staywellsolutionsonline.com) con información útil sobre el bienestar y la administración de la salud, así como enlaces a recursos exclusivos de CareFirst. - Evaluación en el hogar: una evaluación anual específica para realizar una evaluación integral de su estado de salud en su hogar 	<p>\$0 de copago por todos los servicios indicados.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>con un médico clínico de práctica avanzada. Esta evaluación será compartida con su PCP a fin de ayudar a iniciar servicios de atención proactiva para ayudar a controlar su salud durante todo el año. Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-855-214-4807 (TTY: 711) para obtener más información.</p> <p>Beneficio para acondicionamiento físico (SilverSneakers)</p> <p>Membresía de SilverSneakers®</p> <p>SilverSneakers puede ayudarlo a vivir una vida más saludable y activa mediante el acondicionamiento físico y la conexión social. Usted tiene cubierto un beneficio de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers en los lugares participantes¹. Tiene acceso a las clases grupales de ejercicio especialmente diseñadas y dirigidas por instructores². En los lugares participantes de todo el país¹, puede tomar clases², además de utilizar equipos de ejercicio y otros servicios. Además, desde SilverSneakers FLEX® le brindan opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales (como centros recreativos, centros comerciales y parques). SilverSneakers también lo conecta con una red de apoyo y recursos virtuales a través de clases de SilverSneakers LIVE™, videos de Silver Sneakers On-Demand™ y nuestra aplicación móvil, SilverSneakers GO™. Además, usted obtiene acceso a GetSetUp³, con miles de clases en vivo en línea para despertar sus intereses en temas como la cocina, la tecnología y el arte. Todo lo que necesita para comenzar 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 a. m. a 8 p. m. ET.</p> <p>Consulte siempre con su médico antes de comenzar un programa de ejercicios.</p> <p>¹ Los lugares participantes (Participating Locations, “PL”) no pertenecen ni operan a través de Tivity Health, Inc. ni sus filiales. El uso de instalaciones y servicios de los PL se limita a los términos y condiciones de la membresía básica en los PL. Las instalaciones y los servicios varían según el PL.</p> <p>² La membresía incluye las clases de acondicionamiento físico grupales dirigidas por instructores de SilverSneakers. Algunas</p>	


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>ubicaciones ofrecen clases adicionales a los miembros. Las clases varían según la ubicación.</p> <p>³ GetSetUp es un proveedor de servicios de terceros y no es propiedad de Tivity Health, Inc. (“Tivity”) ni sus filiales, ni es operado por estas. Los usuarios deben tener conexión a Internet para acceder al servicio de GetSetUp. Los cargos relacionados con la conexión a Internet son responsabilidad del usuario. Es posible que se apliquen cargos por el acceso a determinadas clases o funciones de GetSetUp.</p> <p>SilverSneakers y SilverSneakers FLEX son marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc. SilverSneakers LIVE, SilverSneakers On-Demand y SilverSneakers GO son marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc. © 2022 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.</p>	
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones de diagnóstico de audición y de equilibrio realizadas por su PCP o proveedor para determinar si usted necesita tratamiento médico están cubiertas como atención a pacientes ambulatorios cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor acreditado.</p> <p>Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también cubrimos lo siguiente a través de NationsHearing:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes auditivos rutinarios: un examen al año • Audífonos: dos audífonos al año • Evaluaciones para el ajuste del audífono: una evaluación/ajuste de audífono al año • Los exámenes de audición de rutina y los audífonos están cubiertos por un proveedor y también proporcionan los siguientes servicios: 	<p>\$20 de copago por cada examen para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por el examen auditivo de rutina (uno por año calendario).</p> <p>\$0 de copago por una visita para ajuste y evaluación de audífonos (una vez por año calendario).</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> ◦ Garantía de devolución del dinero de sesenta (60) días ◦ Tres (3) citas de seguimiento dentro de un año de la fecha de ajuste ◦ Sesenta (60) baterías al año por audífono ◦ Garantía de reparación del fabricante de 3 años ◦ Cobertura de reemplazo de 1 vez para audífonos perdidos, robados o dañados ◦ Primer grupo de moldes auriculares, cuando sea necesario <p>Nuestro plan tiene un contrato con NationsHearing para prestar sus servicios de audición no cubiertos por Medicare. Debe obtener los audífonos de un proveedor NationsHearing. Comuníquese con NationsHearing por teléfono al (877) 246-1666 (TTY: 711) para obtener más información o para programar una cita.</p>	<p>Audífonos:</p> <p>\$400 de copago por un audífono con nivel de tecnología inicial</p> <p>\$575 de copago por un audífono con nivel de tecnología básico</p> <p>\$875 de copago por un audífono con nivel de tecnología excelente</p> <p>\$1,175 de copago por un audífono con tecnología preferido</p> <p>\$1,475 de copago por un audífono con nivel de tecnología avanzado</p> <p>\$1,875 de copago por un audífono con nivel de tecnología superior</p> <p>Los servicios de rutina y los servicios no cubiertos por Medicare no se tienen en cuenta para el monto máximo de los gastos de bolsillo (Maximum out-of-pocket, MOOP).</p>
<p> Prueba de detección del HIV</p> <p>Para las personas que solicitan una prueba de detección del HIV o que tienen un mayor riesgo de infección por HIV, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses <p>Para las mujeres que están embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta un máximo de tres exámenes de detección durante un embarazo 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para beneficiarios elegibles para pruebas de detección de HIV cubiertas por Medicare.</p>
<p>Atención de una agencia de atención médica en el hogar</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>Antes de recibir servicios de atención médica en el hogar, su médico debe certificar que usted lo necesita y le solicitará a una agencia de atención médica en el hogar que le brinde sus servicios. Usted debe estar confinado en su hogar, lo que quiere decir que salir de su hogar requiere un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica en el hogar, de medio tiempo o intermitentes (para estar cubiertos bajo el beneficio de atención médica en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica en el hogar combinados deben sumar menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales • Equipo e insumos médicos 	<p>\$0 de copago por visitas de atención médica a domicilio cubiertas por Medicare.</p>
<p>Terapia de infusión a domicilio</p> <p>La terapia de infusión a domicilio incluye la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión a domicilio incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención. • La capacitación y educación del paciente que no están cubiertas por el beneficio de equipos médicos duraderos. • Monitorización remota. • Servicios de monitorización para la prestación de terapia de infusión a domicilio y de medicamentos para infusión a domicilio de parte de un proveedor calificado de terapia de infusión a domicilio. 	<p>20% de coseguro por artículos cubiertos por Medicare</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención para enfermos terminales</p> <p>Usted es elegible para obtener el beneficio de la atención para enfermos terminales cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le hayan proporcionado un pronóstico terminal que certifique que usted tiene una enfermedad terminal y 6 meses o menos de vida si su enfermedad toma su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee, controla o en los que tiene un interés financiero. Su médico de atención para enfermos terminales puede ser un proveedor dentro de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor • Atención de relevo de corto plazo • Atención en el hogar <p>Cuando usted es admitido en un centro de cuidados paliativos, tiene el derecho de permanecer en su plan. Si usted eligió permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del mismo.</p> <p><u>Para los servicios de hospicio y los servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de servicios de cuidados paliativos le facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare paga. Se le facturará la distribución de costos de Original Medicare.</p> <p><u>Para servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y no están relacionados con su pronóstico terminal:</u> si necesita servicios que no son de emergencia ni servicios de urgencia que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si usa un proveedor de la red de nuestro plan y sigue</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal los paga Original Medicare, y no CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>las reglas del plan (por ejemplo, si existe 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 reglas del plan para obtener el servicio, solo paga el monto del costo compartido del plan por los servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga la distribución de costos según las tarifas por servicio de Medicare (Original Medicare) <p><u>Para los servicios que están cubiertos por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced, pero no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare:</u> CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o B, ya sea que estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga un monto de distribución de costos de su plan por estos servicios.</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 condición terminal que requiere cuidados paliativos, usted paga la distribución de costos. Si están relacionados con su condición de hospicio terminal, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare.</u> Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Si desea obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (Qué sucede si se encuentra en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare).</p> <p>Nota: si necesita atención que no sea de hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p>	
<p> Inmunizaciones</p> <p>Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe (influenza), una vez cada temporada de gripe (en otoño e invierno), con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias 	<p>No debe pagar coseguros, copagos ni deducibles por las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la hepatitis B si está en riesgo alto o intermedio de adquirir hepatitis B • Vacuna contra el COVID-19 • Otras vacunas si usted está en riesgo y estas cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>Cubrimos también algunas vacunas dentro del beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p>	
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>Incluye servicios de cuidados intensivos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de atención de largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados empieza el día en que usted es formalmente internado en el hospital con una orden del médico. El día anterior al alta se considera su último día como paciente hospitalizado.</p> <p>Nuestro plan cubre los días 1 a 90 de la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados por cada período de beneficio. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “extra” que cubrimos. Si su hospitalización supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya usado completamente estos 60 días adicionales, la cobertura de hospitalización del plan se limitará a 90 días. Hay \$0 de copago por día de reserva de por vida. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Alimentación, incluso dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de unidades de atención especial (como las unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios) • Medicinas y medicamentos • Exámenes de laboratorio • Rayos X y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos tales como sillas de ruedas 	<p>Por cada hospitalización cubierta por Medicare:</p> <p>\$350 de copago por día para los días 1 a 5</p> <p>\$0 de copago por día para los días 6 a 90</p> <p>Por cada hospitalización cubierta por Medicare, usted debe pagar la distribución de costos aplicable a partir del día 1 cada vez que se le admite. La distribución de costos no se aplica a la fecha del alta.</p> <p>Si recibe atención autorizada para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red luego de que su afección de emergencia esté estable, su costo es la distribución de costos más alta que pagaría en un hospital de la red.</p>


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


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Costos de las salas de operaciones y de recuperación• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla• Servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados• En ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, haremos arreglos para que su caso sea examinado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o pueden estar fuera del área de servicio de nuestro plan. Si los servicios de trasplante de nuestra red se encuentran fuera del modelo de atención de la comunidad, usted podrá elegir si quiere obtener sus servicios localmente, siempre y cuando los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced ofrece servicios de trasplante fuera del modelo de atención de la comunidad y usted elige obtener su trasplante en ese lugar lejano, organizaremos o pagaremos los costos de alojamiento y el transporte apropiados para usted y su acompañante.• Sangre: incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos con la primera pinta que se utiliza.• Servicios de médicos <p>Nota: para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir un pedido para admitirlo formalmente como paciente hospitalizado en el hospital. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que se lo considere un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente interno o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregúntelo!” Esta hoja informativa está disponible en la web 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</p>	

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


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de la salud mental que requieren hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicare limita a un máximo de 190 días los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se prestan en hospitales psiquiátricos. Estos 190 días se conocen como “límite de por vida”. • El límite de 190 días de por vida no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados brindados por una unidad psiquiátrica de un hospital general. • Nuestro plan cubre 90 días de servicios de atención de salud mental para pacientes hospitalizados por admisión. También podemos cubrir 60 días adicionales de por vida. Estos se denominan “días de reserva de por vida”. Si necesita más de 90 días de atención de la salud mental para pacientes hospitalizados, puede utilizar sus días de reserva de por vida. Una vez que se hayan utilizado estos días de reserva de por vida, su cobertura para atención de la salud mental para pacientes hospitalizados se limitará a 90 días por admisión. 	<p>Por cada hospitalización como paciente psiquiátrico internado cubierta por Medicare:</p> <p>\$250 de copago por día para los días 1 a 5</p> <p>\$0 de copago por día para los días 6 a 90</p> <p>Por cada hospitalización cubierta por Medicare, usted debe pagar la distribución de costos aplicable a partir del día 1 cada vez que se le admite.</p> <p>La distribución de costos no se aplica a la fecha del alta.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Hospitalizaciones: servicios cubiertos que se reciben en un hospital o en un SNF durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios de internación o si la internación no es razonable ni necesaria, no cubriremos su internación. Sin embargo, en algunos casos cubriremos ciertos servicios que recibe mientras se encuentra en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos • Exámenes de diagnóstico (como exámenes de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia con radioisótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico • Vendajes quirúrgicos • Entablillado, yesos y otros aparatos que se utilizan para reducir las fracturas y dislocaciones • Prótesis y aparatos ortopédicos (aparte de los dentales) que reemplazan todo o una parte de un órgano corporal interno (incluido el tejido contiguo) o toda o una parte de la función de un órgano corporal interno que ya no funciona o que funciona mal, incluido el reemplazo o las reparaciones de dichos aparatos • Cabestrillos, collarines, corsés lumbares y aparatos para las piernas; bragueros, y piernas, brazos y ojos artificiales y los ajustes, reparaciones y reemplazos relacionados necesarios por motivo de rompimiento, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente • Terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional 	<p>Usted paga la distribución de costos correspondiente por otros servicios como si se proporcionaran de manera ambulatoria. Consulte el beneficio correspondiente en la tabla de beneficios médicos de esta <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>
<p> Terapia médica nutricional</p> <p>Este beneficio es para las personas que tienen diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero que no se dializan) o luego de un trasplante de riñón cuando el médico lo refiere.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año en el que recibe servicios de terapia nutricional médica con cobertura de Medicare (esto incluye a nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, existe la posibilidad de recibir más horas de</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>tratamiento con una remisión de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su remisión anualmente si necesita tratamiento el próximo año calendario.</p>	
<p> Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP)</p> <p>Los servicios del MDPP serán cubiertos para los beneficiarios de Medicare elegibles de todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento que proporciona una capacitación práctica de largo plazo en las estrategias de resolución de problemas, aumento en la actividad física y cambios en la dieta para superar los desafíos para una pérdida de peso continua y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de MDPP.</p>
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>Estos medicamentos están cubiertos en la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, generalmente, no se autoadministra el paciente y se inyectan o se dan por infusión mientras se reciben servicios de médico, de paciente externo de hospital, o de centro quirúrgico para pacientes ambulatorios. • Medicamentos que se administran utilizando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan. • Factores de coagulación que se administra usted mismo con una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento en que se realiza el trasplante del órgano • Medicamentos inyectables para osteoporosis, si usted está confinado en su casa, tiene una fractura de hueso que un médico certifica que estaba relacionada con una osteoporosis posterior a la menopausia y no se puede administrar usted mismo el medicamento. • Antígenos. 	<p>20% de coseguro del costo total de los medicamentos para quimioterapia u otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare.</p> <p>Los medicamentos de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos a requisitos de terapia escalonada.</p> <p>A partir del 1 de abril del 2023, se reducirá el coseguro para los medicamentos reembolsables de la Parte B si el precio del medicamento aumentó a un ritmo más rápido que la tasa de inflación. No pagará más que el monto del coseguro del beneficiario ajustado de Original Medicare. Además, es posible que reciba un reembolso por parte del plan. Nota: Un medicamento</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra la náusea. • Determinados medicamentos para la diálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea medicamento necesario, los anestésicos tópicos y los agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit® o Aranesp®). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de las enfermedades de inmunodeficiencia primaria. <p>El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: https://www.carefirst.com/medicare-options/compare-medicare-plans/medicare-part-b-prescription-drugs.html.</p> <p>Además, cubrimos algunas vacunas dentro del beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y de la Parte D.</p> <p>En el Capítulo 5 se explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, que incluye las normas que se deben seguir para recibir la cobertura de sus recetas. El monto que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se describe en el Capítulo 6.</p>	<p>reembolsable de la Parte B de Medicare es un medicamento o producto biológico que, por lo general, puede ser inyectado o administrado mediante infusión por un médico en el consultorio o en un centro para pacientes ambulatorios de un hospital.</p>
 <p>Prueba de detección de obesidad y terapia para favorecer la pérdida estable de peso</p> <p>Si usted presenta un índice de masa corporal de 30 o más, incluimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a bajar de peso. Esta asesoría está cubierta si la recibe en un centro de atención primaria, en donde puede coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico o profesional de atención primaria para obtener más información.</p>	<p>No debe pagar coseguros, copagos ni deducibles para pruebas preventivas de detección de obesidad y terapia.</p>
<p>Programa virtual para la diabetes de Onduo</p> <p>El Programa virtual para la diabetes de Onduo está disponible para miembros de 18 años o más diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 (DM). El Programa virtual para la diabetes de Onduo ofrece a los miembros participantes que cumplen con los requisitos acceso a herramientas y servicios que les proporcionan apoyo adicional entre visitas regulares al médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para este programa.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Los instructores y proveedores de atención médica del equipo de atención de Onduo trabajan con el miembro para optimizar un plan de atención de la diabetes y un plan de atención de la hipertensión, si el miembro también padece de presión arterial alta.</p> <p>Los miembros participantes que cumplen con los requisitos reciben un medidor de glucosa en la sangre aprobado por la FDA con un suministro ilimitado de tiras reactivas, y pueden utilizar la aplicación móvil Onduo para llevar un registro de sus niveles de glucosa.</p> <p>Los miembros participantes que cumplen con los requisitos y que padecen de hipertensión recibirán un manguito inflable. Algunos miembros, si se cumplen criterios de adicionales, reciben acceso a proveedores de atención primaria o especialistas y a un sistema de monitoreo continuo de glucosa (CGM).</p> <p>Para obtener más información sobre este programa, visite www.onduo.com/carefirstrefer.</p>	
<p>Servicios del programa de tratamiento de opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan que padecen el trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un programa de tratamiento opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de EE. UU. • Distribución y administración de medicamentos MAT (si corresponde). • Asesoramiento por abuso de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas toxicológicas. • Actividades de consumo. • Evaluaciones periódicas. 	<p>\$30 de copago por cada servicio del programa de tratamiento por uso de opiáceos.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico, y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías. • Radioterapia (radio e isótopos) que incluye suministros y materiales técnicos. • Suministros quirúrgicos, tales como vendajes. • Entablillado, yesos y otros aparatos que se utilizan para reducir las fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio. • Sangre: incluido el almacenaje y la administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos con la primera pinta que se utiliza. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias 	<p>\$40 de copago por cada procedimiento o prueba de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada servicio de laboratorio cubierto por Medicare (por día por centro).</p> <p>\$150 de copago por cada servicio radiológico de diagnóstico cubierto por Medicare.</p> <p>\$150 de copago por cada servicio de medicina nuclear cubierto por Medicare.</p> <p>20% de coseguro del costo total por cada servicio de radioterapia cubierto por Medicare.</p> <p>\$10 de copago por cada servicio de radiografía cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios de sangre cubiertos por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por dispositivos protésicos y suministros médicos relacionados con prótesis, férulas y otros dispositivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p>	<p>\$250 de copago por cada observación hospitalaria</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se brindan para determinar si necesita ser admitido como paciente internado o puede ser dado de alta.</p> <p>Para que se cubran los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando los brinda un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licenciamientos y los reglamentos para el personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: a menos que el proveedor haya escrito un pedido para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de los costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que se lo considere un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente interno o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregúntelo!” Esta hoja informativa está disponible en la web 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 de forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencia o clínica para pacientes ambulatorio, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios • Exámenes de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital 	<p>Para ver los montos de distribución de costos que pagará, consulte otras secciones del Cuadro de Beneficios Médicos para conocer los servicios que podrían aplicarse en un entorno de cuidados ambulatorios, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización parcial

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Atención de la salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado sería necesario sin ello • Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos tales como entablillados y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no se puede administrar a sí mismo <p>Nota: a menos que el proveedor haya escrito un pedido para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de los costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que se lo considere un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente interno o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregúntelo!” Esta hoja informativa está disponible en la web 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 de forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de emergencia • Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare • Equipo médico duradero • Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios, incluidas las de laboratorio y radiografías. • Cirugía ambulatoria
<p>Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Los servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermero clínico especialista, enfermero profesional, asistente médico u otro profesional de la atención de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes vigentes en el estado.</p>	<p>\$20 de copago por cada visita de terapia individual con cualquier tipo de profesional de la salud mental o cada visita de telesalud con un proveedor dentro de la red cubiertas por Medicare.</p> <p>\$10 de copago por cada visita de terapia grupal con cualquier tipo de profesional</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
	<p>de la salud mental o cada visita de telesalud con un proveedor dentro de la red cubiertas por Medicare.</p> <p>\$20 de copago por cada sesión de salud mental individual a través de visita por video cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se prestan en varios centros para pacientes ambulatorios, como los departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital, los consultorios de terapeutas independientes y los centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).</p>	<p>\$20 de copago por cada visita de terapia ocupacional, física o del habla y lenguaje cubiertas por Medicare.</p>
<p>Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios incluyen varios niveles de atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento ambulatorio en consultorio • Programas intensivos para pacientes ambulatorios (Intensive Outpatient Program, IOP) • Programas de hospitalización parcial (Partial Hospitalization Program, PHP) • Tratamiento residencial • Atención a pacientes internados, incluida la desintoxicación. <p>Todos los niveles de atención pueden incluir: asesoramiento individual o grupal y tratamientos asistidos por medicamentos.</p>	<p>\$20 de copago por cada visita de tratamiento individual contra el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p> <p>\$10 de copago por cada visita de tratamiento grupal contra el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluye servicios prestados en centros hospitalarios y en centros de cirugía ambulatoria</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>Nota: si va a someterse a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de distribución de costos por la cirugía ambulatoria. Aun si se queda en el hospital de un día para otro, es posible que se le considere “paciente ambulatorio”.</p>	<p>\$150 de copago por cada visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p> <p>\$100 de copago por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se brinda como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p>	<p>\$10 de copago por cada servicio del programa de hospitalización parcial cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios prestados en el consultorio de un médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento de pacientes ambulatorios del hospital, o cualquier otro lugar • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP o un especialista, si su médico lo indica para ver si necesita tratamiento médico • Determinados servicios de telesalud, incluidos el proveedor de atención primaria, el especialista, la atención de la salud 	<p>\$0 de copago por cada visita a un proveedor de atención primaria o cada visita de telesalud con un proveedor dentro de la red cubiertas por Medicare.</p> <p>\$40 de copago por cada visita a un especialista o visita de telesalud con un proveedor dentro de la red cubiertas por Medicare.</p> <p>Tenga en cuenta: antes de recibir los servicios de un especialista, primero debe obtener una remisión de su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés).</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>mental (individual o grupal) y la atención de la salud mental con un psicólogo (individual o grupal). Los servicios solo se prestarán a través de telesalud cuando el proveedor de la red lo considere clínicamente adecuado para el servicio.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita en persona o por telesalud. Si decide obtener uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. ◦ Ofrecemos los siguientes medios de telesalud: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Visitas interactivas por video para servicios profesionales cuando se puede prestar atención en este formato según lo determine un proveedor de la red. • Algunos servicios de telesalud, incluidas las consultas, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional, para pacientes en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para miembros en diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal con sede en un hospital o de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros que padecen un trastorno por abuso de sustancias o un trastorno de salud mental coexistente, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tiene una visita presencial en un plazo de 6 meses antes de su primera visita de telesalud ◦ Tiene una visita presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ◦ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias 	<p>\$20 de copago por cada visita de terapia individual con cualquier tipo de profesional de la salud mental o cada visita de telesalud con un proveedor dentro de la red cubiertas por Medicare.</p> <p>\$10 de copago por cada visita de terapia grupal con cualquier tipo de profesional de la salud mental o cada visita de telesalud con un proveedor dentro de la red cubiertas por Medicare.</p>



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


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de salud rural y Centros de salud con calificación federal • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico de entre 5 y 10 minutos si <ul style="list-style-type: none"> ◦ Usted no es un paciente nuevo; y ◦ El control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días; y ◦ El control no deriva en una visita al consultorio dentro de las 24 horas o en una cita disponible lo antes posible. • Evaluación del video o de las imágenes que le envía a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Usted no es un paciente nuevo; y ◦ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días; y ◦ La evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de las 24 horas o en una cita disponible lo antes posible. • Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía • Cuidado dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, reparar fracturas de mandíbula o de huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedad neoplásica maligna o servicios que estarían cubiertos cuando los proporciona un médico) 	
<p>Servicios de podología</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo). 	<p>\$30 de copago por cada visita de podología cubierta por Medicare.</p> <p>\$10 de copago por cualquier servicio de podología adicional distinto de los</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de rutina de los pies para los miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores <p>Además de los servicios de podología cubiertos por Medicare más arriba, también ofrecemos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de rutina de los pies no cubierto por Medicare para los miembros con determinadas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores. 	<p>servicios cubiertos por Medicare (12 visitas por año calendario). Los servicios de rutina y los servicios no cubiertos por Medicare no se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP).</p>
 <p>Pruebas de detección del cáncer de próstata</p> <p>Para hombres de 50 años de edad y mayores, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen rectal digital • Prueba de Antígeno Prostático Específico (Prostate Specific Antigen, PSA) 	<p>No tiene que pagar coseguros, copagos ni deducibles por una prueba anual de PSA.</p> <p>\$0 de copago por cada examen rectal digital cubierto por Medicare.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>Aparatos (que no sean dentales) que reemplacen toda o una parte del cuerpo o de una función del mismo. Incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluso un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con los dispositivos protésicos, y la reparación o sustitución de los dispositivos protésicos. También incluye algo de cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas. Consulte “Atención oftalmológica” más adelante en esta sección para obtener más detalles.</p>	<p>20% de coseguro por dispositivos protésicos y suministros médicos relacionados con prótesis, férulas y otros dispositivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p>	<p>\$10 de copago por cada servicio de rehabilitación</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Se cubren programas de rehabilitación pulmonar integrales para los miembros con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) moderada a muy grave y una remisión para rehabilitación pulmonar por parte del médico que está tratando la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>pulmonar cubierto por Medicare.</p>
<p> Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso del alcohol para adultos con Medicare (incluso para mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes de él.</p> <p>Si se confirma su abuso del alcohol, puede obtener hasta 4 sesiones de asesoramiento personal por año (si es competente y presta atención durante la sesión) provistos por un médico de atención primaria autorizado o profesional en un centro de atención primaria.</p>	<p>No tiene que pagar coseguros, copagos ni deducibles por el beneficio de atención preventiva de pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol cubiertas por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (Low Dose Computed Tomography, LDCT)</p> <p>Para las personas elegibles, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros que cumplen con los requisitos son: personas entre 50 y 77 años que no presentan signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen historial de consumo de tabaco de al menos 20 años fumando un paquete diario, que fuman actualmente o que dejaron de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden escrita para una LDCT durante la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida acerca de la prueba de detección del cáncer de pulmón que cumple los criterios de Medicare para dichas visitas y que realiza un médico o un especialista no médico calificado.</p> <p><i>Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la detección con LDCT inicial:</i> los miembros deben recibir una orden por escrito para someterse a pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede ser proporcionada durante una visita adecuada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado deciden proporcionar una visita de asesoramiento sobre</p>	<p>No hay copago, coseguro ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas o para la LDCT cubiertas por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>el examen preventivo de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas para los siguientes exámenes preventivos de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.</p>	
<p> Pruebas de detección de Enfermedades de transmisión sexual (Sexually Transmitted Infections, STI) y asesoramiento para evitar las STI</p> <p>Cubrimos pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para embarazadas y determinadas personas que tienen mayor riesgo de contraer una STI cuando las pruebas son solicitadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos del embarazo.</p> <p>Además, cada año, cubrimos hasta 2 sesiones de asesoramiento personal del comportamiento de alta intensidad de 20 a 30 minutos para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Solamente cubriremos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si están provistas por un proveedor de atención primaria y tienen lugar en un centro de atención primaria, como la oficina de un médico.</p>	<p>No tiene que pagar un coseguro, copago ni deducible por el beneficio de atención preventiva de pruebas de detección y asesoramiento para las STI cubiertas por Medicare.</p>
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones fundamentadas sobre su atención. Para los miembros que tienen enfermedad renal crónica en etapa IV cuando son remitidos por sus médicos, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible temporalmente o no se puede acceder a él) 	<p>\$0 de copago por servicios de educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por cada visita de diálisis renal cubierta por Medicare.</p>

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


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si se le admite como un paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial). • Capacitación para autodiálisis (incluye la capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar). • Equipo y suministros para diálisis en el hogar. • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (tales como, cuando es necesario, visitas por parte de trabajadores de diálisis capacitados para supervisar la diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y para revisar el equipo de diálisis y suministro de agua). <p>Algunos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, diríjase a la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.</p>	
<p>Atención en un Centro de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>(Para obtener una definición de “atención en un centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12 de este documento. Algunas veces, los centros de enfermería especializada se denominan “SNF”).</p> <p>Cubrimos hasta 100 días por período de beneficios de servicios de enfermería especializada para pacientes hospitalizados en un centro de enfermería especializada de acuerdo con las directrices de Medicare. No se requiere una hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas las dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que se encuentran en forma natural en el cuerpo, tales como factores de coagulación). 	<p>Por cada estadía en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare:</p> <p>\$0 de copago por día para los días de 1 a 20</p> <p>\$160 de copago por día para los días de 21 a 100</p> <p>Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención especializada en un SNF durante 60 días seguidos. Si ingresa al hospital o a un centro de enfermería especializada después de que</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Sangre: incluido el almacenaje y la administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos con la primera pinta que se utiliza. • Suministros médicos y quirúrgicos que normalmente proporcionan los SNF. • Exámenes de laboratorio que generalmente proporcionan los SNF. • Rayos X y otros servicios de radiología que normalmente proporcionan los SNF. • Uso de aparatos tales como sillas de ruedas que normalmente proporcionan los SNF. • Servicios del médico/profesional. <p>Por lo general, recibirá su atención de un SNF de los centros de la red. Sin embargo, bajo determinadas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que pueda pagar la distribución de costos de la red por un centro que no es un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un centro de convalecencia o una comunidad de cuidado continuo para jubilados donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que provea atención de un centro de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge vive en el momento en que usted salga del hospital 	<p>haya terminado un período de beneficios, empezará un período de beneficios nuevo. La cantidad de períodos de beneficios es ilimitada.</p> <p>La distribución de costos se aplica al día del alta.</p>
 <p>Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco)</p> <p><u>Si usted consume tabaco, pero no presenta síntomas ni signos de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco:</u> cubrimos dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento en un plazo de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de asesoría incluye hasta cuatro visitas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el consumo de tabaco o toma medicamentos cuyo efecto pueda verse afectado por el tabaco:</u> cubrimos los servicios de asesoría</p>	<p>No debe pagar coseguros, copagos o deducibles por los beneficios preventivos de servicios para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>para dejar de fumar. Cubrimos dos asesoramientos para intentar abandonar el tabaco en un período de 12 meses; sin embargo, pagará la distribución de costos aplicable. Cada intento de asesoría incluye hasta cuatro visitas personales.</p>	
<p>Terapia de ejercicio supervisado (Supervised Exercise Therapy, SET)</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>La SET está cubierta para los miembros con enfermedad arterial periférica sintomática (peripheral artery disease, PAD) y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento con PAD.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para PAD en pacientes con claudicación • Ser llevado a cabo en un centro ambulatorio de un hospital o en un consultorio médico. • Ser provisto por personal auxiliar calificado, necesario para garantizar que los beneficios superen los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicios para PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero practicante/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital. <p>SET puede estar cubierto más allá de 36 sesiones durante 12 semanas para 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	<p>\$10 de copago por cada visita de terapia de ejercicio supervisada cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Los servicios de urgencia se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o condición 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 los servicios de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de</p>	<p>\$20 de copago por cada visita de atención de emergencia cubierta por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red son: i) usted necesita atención inmediata durante el fin de semana, o ii) usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios. Si dadas sus circunstancias no es razonable obtener atención médica de inmediato de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red.</p> <p>Los servicios médicos que se necesitan con urgencia están cubiertos a nivel mundial.</p> <p>No hay cobertura una vez que se le admite a una hospitalización. Si recibe un servicio que necesita con urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable del pago en el momento en que se presten los servicios. A continuación, puede presentar las reclamaciones y un comprobante de pago para la consideración del reembolso (menos cualquier distribución de costos aplicable al miembro).</p> <p>Para obtener más información, consulte el Capítulo 7 (Sección 2.1).</p>	<p>El copago se elimina si lo ingresan en el hospital en un plazo de 48 horas por la misma afección.</p> <p>\$20 de copago por cada servicio de atención urgente a través de visita por video cubierto por Medicare.</p> <p>Servicios médicos que se necesitan con urgencia a nivel mundial:</p> <p><i>Los servicios médicos que se necesitan con urgencia a nivel mundial NO se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP).</i></p> <p>\$0 de copago por cada visita de atención urgente en todo el mundo.</p> <p>\$50,000 (USD) de límite combinado por año por servicios de atención de urgencia y de emergencia prestados fuera de EE. UU. y sus territorios.</p>
<p>Visita por video</p> <p>La visita por video de CareFirst le permite conectarse de forma segura con un médico para recibir servicios que necesitan atención urgente y de salud conductual, como terapia y psiquiatría. Visite carefirstvideovisit.com o descargue la aplicación en su teléfono inteligente. Solo busque CareFirst Video Visit (Visita por Video de CareFirst) en la tienda de aplicaciones para registrarse y realizar una visita por video con un médico o especialista. Los servicios de atención de urgencia están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Todos los servicios son privados y seguros.</p>	<p>\$20 de copago por cada servicio de atención urgente a través de visita por video cubierto por Medicare.</p> <p>\$20 de copago por cada sesión de salud mental individual a través de visita por video cubierta por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Si tiene preguntas sobre este beneficio, comuníquese con Servicios para Miembros al 855-290-5744 (TTY: 711). Si tiene preguntas técnicas, visite la página de contacto en carefirstvideovisit.com para obtener información de contacto.</p>	<p><i>El beneficio de la visita por video NO se tiene en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP).</i></p>
<p> Atención oftalmológica</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo de pacientes ambulatorios, incluido el tratamiento de la degeneración macular senil. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción ocular) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de tener glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma al año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen lo siguiente: personas con historial familiar de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos que tienen 50 años o más e hispanoamericanos que tienen 65 años o más. • Para personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética se cubre una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la inserción de un lente intraocular (si se le hacen dos operaciones distintas de cataratas, no puede reservar el beneficio después de la primera operación para comprar dos anteojos después de la segunda operación). <p>También cubrimos a través de Davis Vision:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de ojo diabético • Examen de la vista de rutina • Anteojos adicionales que incluyen lentes con receta y un par de marcos de anteojos o lentes de contacto. <p>Para obtener más detalles sobre las asignaciones y la cobertura de la vista de rutina, comuníquese con Davis Vision al 1-888-573-2990 (TTY: 711).</p>	<p>\$20 de copago por cada examen ocular para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada visita de detección del glaucoma cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada examen de la visión para diabéticos (uno por año calendario) El beneficio de la visión no se puede combinar con ningún descuento ni promoción ofrecido por el proveedor. El seguro debe utilizarse en el momento de la venta para solicitar los beneficios.</p> <p>\$10 de copago por cada examen ocular de rutina (incluye dilatación y refracción) de un proveedor de Davis Vision (uno por año calendario).</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
	<p>Cobertura oftalmológica adicional:</p> <p>Anteojos (marcos y lentes):</p> <ul style="list-style-type: none">- Los marcos adquiridos de la colección exclusiva de Davis Vision seleccionados estarán cubiertos en su totalidad a través de nuestro proveedor. Nuestro plan también cubre hasta \$150 al año por cualquier otro marco.- Los lentes simples, bifocales, trifocales y lenticulares tienen \$10 de copago al año por cada tipo de lente. <p>Lentes de contacto (médicos y optativos):</p> <ul style="list-style-type: none">- Si los lentes de contacto son médicamente necesarios, estarán cubiertos en su totalidad a través de Davis Vision. Nuestro plan también cubre hasta \$200 al año para lentes de contacto optativos y proporciona hasta \$60 de reembolso para evaluaciones de lentes de contacto. <p>Los servicios de rutina y los servicios no cubiertos por Medicare no se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP).</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
 <p>Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” única. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento acerca de los servicios preventivos que usted necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas), así como remisiones para otra atención de ser necesario.</p> <p>Importante: cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar una cita para su visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>No tiene que pagar coseguros, copagos ni deducibles por la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>

Cobertura dental integral mejorada

Como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced, usted tiene cobertura dental completa adicional más allá de los servicios cubiertos por Medicare y los servicios preventivos cubiertos por el plan. Esta cobertura incluye lo siguiente:

- Servicios restaurativos
- Endodoncia
- Periodoncia
- Servicios que no son de rutina
- Extracciones
- Prostodoncia, otra cirugía oral o maxilofacial y otros servicios

Vea la tabla a continuación para una descripción completa de los servicios cubiertos y los montos de participación en los costos. Para cualquier pregunta sobre los beneficios dentales, por favor comuníquese con Servicios para Miembros.

El plan tiene un monto máximo de cobertura de \$800 por año para estos servicios dentales integrales. Estos cargos no se aplican a su monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP). Los montos no utilizados no se transfieren a años de beneficios futuros.

Nota: Se puede requerir autorización previa para servicios específicos. Los servicios de dentistas no participantes no están cubiertos a menos que sean autorizados por el plan o para emergencias dentales. En otros casos, los miembros serán responsables de cualquier servicio fuera de la red.

La American Dental Association (ADA) puede cambiar periódicamente los códigos o definiciones actuales de terminología dental (CDT) enumerados en las publicaciones de la ADA. Si tales cambios dan como resultado que los dentistas participantes usen diferentes códigos de la CDT para describir

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

los servicios dentales cubiertos enumerados a continuación, la cobertura y la responsabilidad del paciente no cambiarán.

Cobertura dental integral mejorada desde el 01/01 hasta el 2023 12/31 2023:

Programa de beneficios dentales integrales			
Máximo anual de \$800 (se aplica a todos los servicios limitados a continuación)			
Código dental	Servicios restaurativos	Copago	Frecuencia
D2140	AMALGAMA: UNA SUPERFICIE, PRINCIPAL O PERMANENTE	\$30.00	Una superficie cada 12 meses
D2150	AMALGAMA: DOS SUPERFICIES, PRINCIPALES O PERMANENTES	\$40.00	Una superficie cada 12 meses
D2160	AMALGAMA: TRES SUPERFICIES, PRINCIPALES O PERMANENTES	\$50.00	Una superficie cada 12 meses
D2161	AMALGAMA: CUATRO SUPERFICIES O MÁS, PRINCIPALES O PERMANENTES	\$60.00	Una superficie cada 12 meses
D2330	COMPUESTO A BASE DE RESINA: UNA SUPERFICIE, ANTERIOR	\$30.00	Una superficie cada 12 meses
D2331	COMPUESTO A BASE DE RESINA: DOS SUPERFICIES, ANTERIORES	\$40.00	Una superficie cada 12 meses
D2332	COMPUESTO A BASE DE RESINA: TRES SUPERFICIES, ANTERIORES	\$50.00	Una superficie cada 12 meses
D2335	COMPUESTO A BASE DE RESINA: CUATRO SUPERFICIES O MÁS O QUE INCLUYAN EL ÁNGULO INCISAL (ANTERIORES)	\$60.00	Una superficie cada 12 meses
D2391	COMPUESTO A BASE DE RESINA: UNA SUPERFICIE, POSTERIOR	\$30.00	Una superficie cada 12 meses
D2392	COMPUESTO A BASE DE RESINA: DOS SUPERFICIES, POSTERIORES	\$40.00	Una superficie cada 12 meses

Programa de beneficios dentales integrales			
Máximo anual de \$800 (se aplica a todos los servicios limitados a continuación)			
Código dental	Servicios restaurativos	Copago	Frecuencia
D2393	COMPUESTO A BASE DE RESINA: TRES SUPERFICIES, POSTERIORES	\$50.00	Una superficie cada 12 meses
D2394	COMPUESTO A BASE DE RESINA: CUATRO SUPERFICIES O MÁS, POSTERIORES	\$60.00	Una superficie cada 12 meses
D2542	SOBREINCRUSTACIÓN: METÁLICA: DOS SUPERFICIES	\$200.00	Una vez por diente cada 5 años
D2543	SOBREINCRUSTACIÓN, METÁLICA, TRES SUPERFICIES	\$200.00	Una vez por diente cada 5 años
D2544	SOBREINCRUSTACIÓN, METÁLICA, CUATRO O MÁS SUPERFICIES	\$300.00	Una vez por diente cada 5 años
D2642	SOBREINCRUSTACIÓN, PORCELANA O CERÁMICA, DOS SUPERFICIES	\$200.00	Una vez por diente cada 5 años
D2643	SOBREINCRUSTACIÓN, PORCELANA O CERÁMICA, TRES SUPERFICIES	\$300.00	Una vez por diente cada 5 años
D2644	SOBREINCRUSTACIÓN, PORCELANA O CERÁMICA, CUATRO O MÁS SUPERFICIES	\$300.00	Una vez por diente cada 5 años
D2662	SOBREINCRUSTACIÓN, COMPUESTO A BASE DE RESINA, DOS SUPERFICIES	\$200.00	Una vez por diente cada 5 años
D2663	SOBREINCRUSTACIÓN, COMPUESTO A BASE DE RESINA, TRES SUPERFICIES	\$300.00	Una vez por diente cada 5 años
D2664	SOBREINCRUSTACIÓN, COMPUESTO A BASE DE RESINA, CUATRO O MÁS SUPERFICIES	\$300.00	Una vez por diente cada 5 años
D2721	CORONA, RESINA CON METAL BASE PREDOMINANTE	\$400.00	Una vez por diente cada 5 años

Programa de beneficios dentales integrales			
Máximo anual de \$800 (se aplica a todos los servicios limitados a continuación)			
Código dental	Servicios restaurativos	Copago	Frecuencia
D2740	CORONA, PORCELANA O CERÁMICA	\$400.00	Una vez por diente cada 5 años
D2751	CORONA, PORCELANA FUNDIDA CON METAL BASE PREDOMINANTE	\$400.00	Una vez por diente cada 5 años
D2753	CORONA, PORCELANA FUNDIDA CON TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	\$400.00	Una vez por diente cada 5 años
D2781	CORONA, 3/4 FUNDIDA CON METAL BASE PREDOMINANTE	\$400.00	Una vez por diente cada 5 años
D2783	CORONA, 3/4 DE PORCELANA O CERÁMICA	\$400.00	Una vez por diente cada 5 años
D2790	CORONA, COMPLETA FUNDIDA CON METAL DE ALTA NOBLEZA	\$400.00	Una vez por diente cada 5 años
D2791	CORONA, COMPLETA FUNDIDA CON METAL BASE PREDOMINANTE	\$400.00	Una vez por diente cada 5 años
D2792	CORONA, COMPLETA FUNDIDA CON METAL NOBLE	\$400.00	Una vez por diente cada 5 años
D2794	CORONA, CON TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	\$400.00	Una vez por diente cada 5 años
D2910	RECEMENTADO O READHESIÓN DE INCRUSTACIONES, SOBREINCRUSTACIONES, CARILLAS O RESTAURACIONES DE COBERTURA PARCIAL.	\$20.00	Una vez cada 12 meses
D2915	RECEMENTADO O READHESIÓN DE PERNO Y MUÑÓN COLADOS O FABRICADOS INDIRECTAMENTE O PREFABRICADOS	\$20.00	Una vez cada 12 meses
D2920	RECEMENTADO O READHESIÓN DE CORONA	\$20.00	Una vez cada 12 meses

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

Programa de beneficios dentales integrales			
Máximo anual de \$800 (se aplica a todos los servicios limitados a continuación)			
Código dental	Servicios restaurativos	Copago	Frecuencia
D2940	RESTAURACIÓN DE PROTECCIÓN	\$20.00	Una vez por diente por año
D2950	RECONSTRUCCIÓN DEL MUÑÓN, INCLUIDO ALGÚN PERNO, CUANDO SEA NECESARIO	\$60.00	Una vez por diente cada 5 años
D2951	RETENCIÓN DE PERNO, POR DIENTE, ADEMÁS DE LA RESTAURACIÓN	\$15.00	Según sea necesario
D2952	PERNO Y NÚCLEO ADEMÁS DE LA CORONA, FABRICADOS INDIRECTAMENTE	\$100.00	Una vez por diente cada 5 años
D2954	POSTE Y NÚCLEO PREFABRICADOS ADEMÁS DE LA CORONA	\$60.00	Una vez por diente cada 5 años
D6013	COLOCACIÓN QUIRÚRGICA DEL MINIIMPLANTE	\$200.00	Una vez cada 5 años
D6056	PILAR PREFABRICADO: INCLUYE MODIFICACIÓN Y COLOCACIÓN	\$300.00	Una vez cada 5 años
D6057	PILAR FABRICADO A MEDIDA, INCLUYE COLOCACIÓN	\$300.00	Una vez cada 5 años
D6058	CORONA DE PORCELANA O CERÁMICA APOYADA SOBRE UN PILAR	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6059	CORONA DE PORCELANA FUNDIDA EN METAL (METAL DE ALTA NOBLEZA) APOYADA SOBRE UN PILAR	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6060	CORONA DE PORCELANA FUNDIDA EN METAL (METAL BASE PREDOMINANTE) APOYADA SOBRE UN PILAR	\$400.00	Una vez cada 5 años

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

Programa de beneficios dentales integrales			
Máximo anual de \$800 (se aplica a todos los servicios limitados a continuación)			
Código dental	Servicios restaurativos	Copago	Frecuencia
D6061	CORONA DE PORCELANA FUNDIDA EN METAL (METAL NOBLE) APOYADA SOBRE UN PILAR	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6062	CORONA FUNDIDA EN METAL (METAL DE ALTA NOBLEZA) APOYADA SOBRE UN PILAR	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6063	CORONA FUNDIDA EN METAL (METAL BASE PREDOMINANTE) APOYADA SOBRE UN PILAR	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6064	CORONA FUNDIDA EN METAL (METAL NOBLE) APOYADA SOBRE UN PILAR	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6065	CORONA DE PORCELANA O CERÁMICA APOYADA SOBRE UN IMPLANTE	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6066	CORONA APOYADA SOBRE UN IMPLANTE, PORCELANA FUNDIDA CON ALEACIONES DE ALTA NOBLEZA	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6067	CORONA APOYADA SOBRE UN IMPLANTE, ALEACIONES DE ALTA NOBLEZA	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6075	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN IMPLANTE PARA FPD (PRÓTESIS PARCIAL FIJA) DE CERÁMICA	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6076	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN IMPLANTE PARA FPD, PORCELANA FUNDIDA CON ALEACIONES DE ALTA NOBLEZA	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6077	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN IMPLANTE PARA FPD DE	\$400.00	Una vez cada 5 años

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

Programa de beneficios dentales integrales			
Máximo anual de \$800 (se aplica a todos los servicios limitados a continuación)			
Código dental	Servicios restaurativos	Copago	Frecuencia
	METAL, ALEACIONES DE ALTA NOBLEZA		
D6082	CORONA APOYADA SOBRE UN IMPLANTE, PORCELANA FUNDIDA CON ALEACIONES BASE PREDOMINANTES	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6083	CORONA APOYADA SOBRE UN IMPLANTE, PORCELANA FUNDIDA CON ALEACIONES NOBLES	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6084	CORONA APOYADA SOBRE UN IMPLANTE, PORCELANA FUNDIDA CON TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6086	CORONA APOYADA SOBRE UN IMPLANTE, ALEACIONES BASE PREDOMINANTES	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6087	CORONA APOYADA SOBRE UN IMPLANTE, ALEACIONES NOBLES	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6088	CORONA APOYADA SOBRE UN IMPLANTE, TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6094	CORONA DE TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO SOPORTADA POR PILAR	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6097	CORONA APOYADA SOBRE UN PILAR, PORCELANA FUNDIDA CON TITANIO O ALEACIONES DE TITANIO	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6098	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN IMPLANTE, PORCELANA FUNDIDA CON ALEACIONES BASE PREDOMINANTES	\$400.00	Una vez cada 5 años

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

Programa de beneficios dentales integrales			
Máximo anual de \$800 (se aplica a todos los servicios limitados a continuación)			
Código dental	Servicios restaurativos	Copago	Frecuencia
D6099	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN IMPLANTE PARA FPD, PORCELANA FUNDIDA CON ALEACIONES NOBLES	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6100	EXTRACCIÓN DE IMPLANTE, POR INFORME	\$500.00	Según sea necesario
D6101	DESBRIDAMIENTO DE UN DEFECTO PERIIMPLANTE O DEFECTOS QUE RODEAN UN SOLO IMPLANTE Y LIMPIEZA DE LAS SUPERFICIES EXPUESTAS DEL IMPLANTE, INCLUIDA LA ENTRADA Y CIERRE DE COLGAJO	\$150.00	Una vez cada 12 meses
D6102	DESBRIDAMIENTO Y CONTORNEADO ÓSEO DE UN DEFECTO PERIIMPLANTE O DEFECTOS QUE RODEAN UN SOLO IMPLANTE E INCLUYE LA LIMPIEZA DE LAS SUPERFICIES EXPUESTAS DEL IMPLANTE, INCLUIDA LA ENTRADA Y CIERRE DE COLGAJO	\$150.00	Una vez cada 12 meses
D6120	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN IMPLANTE, PORCELANA FUNDIDA CON TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6121	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN IMPLANTE PARA FPD DE METAL, ALEACIONES BASE PREDOMINANTES	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6122	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN IMPLANTE PARA FPD DE METAL, ALEACIONES NOBLES	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6123	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN IMPLANTE PARA FPD DE	\$400.00	Una vez cada 5 años

Programa de beneficios dentales integrales			
Máximo anual de \$800 (se aplica a todos los servicios limitados a continuación)			
Código dental	Servicios restaurativos	Copago	Frecuencia
	METAL, TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO		
D6190	ÍNDICE RADIOGRÁFICO O QUIRÚRGICO PARA IMPLANTE, POR INFORME	\$70.00	Una vez cada 5 años
D6195	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN PILAR, PORCELANA FUNDIDA CON TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	\$400.00	Una vez cada 5 años
Código dental	Endodoncia	Copago	Frecuencia
D3310	TERAPIA ENDODÓNTICA, DIENTE ANTERIOR (NO INCLUYE LA RESTAURACIÓN FINAL)	\$200.00	Una vez por diente de por vida
D3320	TERAPIA DE ENDODONCIA, DIENTE PREMOLAR (SIN RESTAURACIÓN FINAL)	\$200.00	Una vez por diente de por vida
D3330	TERAPIA DE ENDODONCIA, MOLAR (SIN RESTAURACIÓN FINAL)	\$200.00	Una vez por diente de por vida
D3346	REPETICIÓN DE TRATAMIENTO DE CONDUCTO PREVIO, ANTERIOR	\$200.00	Una vez por diente de por vida
D3347	REPETICIÓN DE TRATAMIENTO DE CONDUCTO PREVIO, PREMOLAR	\$200.00	Una vez por diente de por vida
D3348	REPETICIÓN DE TRATAMIENTO DE CONDUCTO PREVIO, MOLAR	\$200.00	Una vez por diente de por vida
D3410	APICECTOMÍA, ANTERIOR	\$200.00	Una vez por diente de por vida
D3421	APICECTOMÍA, PREMOLAR (PRIMERA RAÍZ)	\$200.00	Una vez por diente de por vida

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

Código dental	Endodoncia	Copago	Frecuencia
D3425	APICECTOMÍA, MOLAR (PRIMERA RAÍZ)	\$200.00	Una vez por diente de por vida
D3426	APICECTOMÍA (CADA RAÍZ ADICIONAL)	\$100.00	Una vez por diente de por vida
D3430	EMPASTE RETRÓGRADO, POR RAÍZ	\$100.00	Según sea necesario
D3450	AMPUTACIÓN DE RAÍZ, POR RAÍZ	\$100.00	Según sea necesario
Código dental	Periodoncia	Copago	Frecuencia
D4341	RASPADO PERIODONTAL Y ALISADO RADICULAR: CUATRO DIENTES O MÁS POR CUADRANTE	\$50.00	Una vez cada 24 meses
D4342	RASPADO PERIODONTAL Y ALISADO RADICULAR: DE UNO A TRES DIENTES POR CUADRANTE	\$50.00	Una vez cada 24 meses
D4346	RASPADO EN PRESENCIA DE INFLAMACIÓN GINGIVAL GENERALIZADA MODERADA O GRAVE: BOCA COMPLETA, DESPUÉS DE LA EVALUACIÓN ORAL	\$50.00	Una vez cada 24 meses
D4355	DESBRIDAMIENTO DE TODA LA BOCA PARA HABILITAR UNA EVALUACIÓN ORAL INTEGRADA Y DIAGNÓSTICO EN LA VISITA SIGUIENTE	\$60.00	Una vez cada 36 meses
D4910	MANTENIMIENTO PERIODONTAL	\$50.00	Dos veces al año
D4210	GINGIVECTOMÍA O GINGIVOPLASTIA, CUATRO O MÁS DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE	\$200.00	Una vez cada 5 años

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

Código dental	Periodoncia	Copago	Frecuencia
D4211	GINGIVECTOMÍA O GINGIVOPLASTIA, DE UNO A TRES DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE	\$100.00	Una vez cada 5 años
D4212	GINGIVECTOMÍA O GINGIVOPLASTIA PARA PERMITIR EL ACCESO A PROCEDIMIENTOS RESTAURATIVOS, POR DIENTE	\$100.00	Una vez cada 5 años
D4240	PROCEDIMIENTO PARA COLGAJO GINGIVAL, INCLUIDO EL PULIDO RADICULAR, CUATRO O MÁS DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE	\$100.00	Una vez cada 5 años
D4241	PROCEDIMIENTO PARA COLGAJO GINGIVAL, INCLUIDO EL PULIDO RADICULAR, DE UNO A TRES DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE	\$100.00	Una vez cada 5 años
D4260	CIRUGÍA ÓSEA (INCLUIDA LA ELEVACIÓN DE UN COLGAJO DE ESPESOR TOTAL Y CIERRE), CUATRO O MÁS DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE	\$300.00	Una vez cada 5 años
D4261	CIRUGÍA ÓSEA (INCLUIDA LA ELEVACIÓN DE UN COLGAJO DE ESPESOR TOTAL Y CIERRE), DE UNO A TRES DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE	\$300.00	Una vez cada 5 años

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

Código dental	Periodoncia	Copago	Frecuencia
D4263	INJERTO DE REEMPLAZO ÓSEO, DIENTE NATURAL RETENIDO, PRIMER SITIO EN EL CUADRANTE	\$200.00	Una vez cada 5 años
D4264	INJERTO DE REEMPLAZO ÓSEO, DIENTE NATURAL RETENIDO, CADA SITIO ADICIONAL EN EL CUADRANTE	\$100.00	Una vez cada 5 años
Código dental	Servicios que no son de rutina	Copago	Frecuencia
D9910	APLICACIÓN DE MEDICAMENTO PARA QUITAR LA SENSIBILIDAD	\$15.00	Dos veces al año
D1354	APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS DE TRATAMIENTO PROVISIONAL PARA CARIES: POR DIENTE	\$15.00	
D9110	TRATAMIENTO PALIATIVO (DE EMERGENCIA) DEL DOLOR DENTAL, PROCEDIMIENTO MENOR	\$30.00	Sin límite: disponible según sea necesario
Código dental	Extracciones	Copago	Frecuencia
D7210	EXTRACCIÓN, DENTICIÓN QUE REQUIERE EXTRACCIÓN DEL HUESO O SEGMENTACIÓN DEL DIENTE Y EXCLUYE ELEVACIÓN DEL COLGAJO MUCOPERIÓSTICO, SI SE INDICA	\$100.00	Una vez por diente de por vida
D7220	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO, TEJIDO BLANDO	\$100.00	Una vez por diente de por vida
D7230	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO, PARCIALMENTE EN EL HUESO	\$100.00	Una vez por diente de por vida
D7240	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO, COMPLETAMENTE EN EL HUESO	\$100.00	Una vez por diente de por vida
D7241	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO, COMPLETAMENTE	\$100.00	Una vez por diente de por vida

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

Código dental	Extracciones	Copago	Frecuencia
	EN EL HUESO, CON COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS POCO COMUNES		
D7250	EXTRACCIÓN DE RAÍCES DENTALES RESIDUALES (PROCEDIMIENTO CON INCISIÓN)	\$100.00	Una vez por diente de por vida
D7111	EXTRACCIÓN, RESTOS DE CORONA: DIENTE PRINCIPAL	\$40.00	Una vez por diente de por vida
D7140	EXTRACCIÓN, DENTICIÓN O RAÍZ EXPUESTA (ELEVACIÓN O EXTRACCIÓN CON PINZAS)	\$50.00	Una vez por diente de por vida
Código dental	Prostodoncia otros servicios de cirugía oral/maxilofacial/oral. Otros servicios	Copago	Frecuencia
D5110	DENTADURA POSTIZA COMPLETA, MAXILAR	\$400.00	Una vez cada 5 años
D5120	DENTADURA POSTIZA COMPLETA, MANDIBULAR	\$400.00	Una vez cada 5 años
D5130	DENTADURA POSTIZA INMEDIATA, MAXILAR	\$400.00	Una vez cada 5 años
D5140	DENTADURA POSTIZA INMEDIATA, MANDIBULAR	\$400.00	Una vez cada 5 años
D5211	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR, BASE DE RESINA (INCLUYE MATERIALES DE RETENCIÓN/SUJECIÓN, APOYOS Y DIENTES)	\$400.00	Una vez cada 5 años
D5212	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR, BASE DE RESINA (INCLUYE MATERIAL DE RETENCIÓN/SUJECIÓN, SOPORTES Y DIENTES)	\$400.00	Una vez cada 5 años
D5213	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR, ARMAZÓN DE METAL FUNDIDO CON BASES	\$400.00	Una vez cada 5 años

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

Código dental	Prostodoncia otros servicios de cirugía oral/maxilofacial/oral. Otros servicios	Copago	Frecuencia
	DE DENTADURA POSTIZA DE RESINA (INCLUYE MATERIAL DE RETENCIÓN, SOPORTES Y DIENTES)		
D5214	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR, ARMAZÓN DE METAL FUNDIDO CON BASES DE DENTADURA POSTIZA DE RESINA (INCLUYE MATERIAL DE RETENCIÓN, SOPORTES Y DIENTES)	\$400.00	Una vez cada 5 años
D5221	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR INMEDIATA: BASE DE RESINA (INCLUYE MATERIALES DE RETENCIÓN/SUJECCIÓN, APOYOS Y DIENTES)	\$400.00	Una vez cada 5 años
D5222	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR INMEDIATA, BASE DE RESINA (INCLUYE MATERIAL DE RETENCIÓN, SOPORTES Y DIENTES)	\$400.00	Una vez cada 5 años
D5223	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR INMEDIATA, ARMAZÓN DE METAL FUNDIDO CON BASES DE DENTADURA POSTIZA DE RESINA (INCLUYE MATERIAL DE RETENCIÓN, SOPORTES Y DIENTES)	\$400.00	Una vez cada 5 años
D5224	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR INMEDIATA, ARMAZÓN DE METAL FUNDIDO CON BASES DE DENTADURA POSTIZA DE RESINA (INCLUYE MATERIAL DE RETENCIÓN, SOPORTES Y DIENTES)	\$400.00	Una vez cada 5 años
D5225	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR, BASE FLEXIBLE	\$400.00	Una vez cada 5 años

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

Código dental	Prostodoncia otros servicios de cirugía oral/maxilofacial/oral. Otros servicios	Copago	Frecuencia
	(INCLUYE MATERIAL DE RETENCIÓN, SOPORTES Y DIENTES)		
D5226	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR, BASE FLEXIBLE (INCLUYE MATERIAL DE RETENCIÓN, SOPORTES Y DIENTES)	\$400.00	Una vez cada 5 años
D5282	DENTADURA POSTIZA PARCIAL UNILATERAL EXTRAÍBLE, UNA PIEZA DE METAL FUNDIDO (INCLUYE MATERIAL DE RETENCIÓN Y DIENTES), MAXILAR	\$200.00	Una vez cada 5 años
D5283	DENTADURA POSTIZA PARCIAL UNILATERAL EXTRAÍBLE, UNA PIEZA DE METAL FUNDIDO (INCLUYE MATERIAL DE RETENCIÓN Y DIENTES), MANDIBULAR	\$200.00	Una vez cada 5 años
D5410	AJUSTE DE LA DENTADURA POSTIZA COMPLETA, MAXILAR	\$30.00	Una vez cada 12 meses por arco
D5411	AJUSTE DE LA DENTADURA POSTIZA COMPLETA, MANDIBULAR	\$30.00	Una vez cada 12 meses por arco
D5421	AJUSTE DE LA DENTADURA POSTIZA PARCIAL, MAXILAR	\$30.00	Una vez cada 12 meses por arco
D5422	AJUSTE DE LA DENTADURA POSTIZA PARCIAL, MANDIBULAR	\$30.00	Una vez cada 12 meses por arco
D5511	REPARACIÓN COMPLETA DE BASE ROTA DE DENTADURA POSTIZA, MANDIBULAR	\$50.00	Una vez cada 12 meses por arco

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

Código dental	Prostodoncia otros servicios de cirugía oral/maxilofacial/oral. Otros servicios	Copago	Frecuencia
D5512	REPARACIÓN COMPLETA DE BASE ROTA DE DENTADURA POSTIZA, MAXILAR	\$50.00	Una vez cada 12 meses por arco
D5611	REPARACIÓN DE LA BASE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL DE RESINA, MANDIBULAR	\$50.00	Una vez cada 12 meses por arco
D5612	REPARACIÓN DE BASE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL DE RESINA, MAXILAR	\$50.00	Una vez cada 12 meses por arco
D5621	REPARACIÓN DEL ARMAZÓN PARCIAL COLADO, MANDIBULAR	\$50.00	Una vez cada 12 meses por arco
D5622	REPARACIÓN DEL ARMAZÓN PARCIAL COLADO, MAXILAR	\$50.00	Una vez cada 12 meses por arco
D5630	REPARACIÓN O REEMPLAZO DE LOS MATERIALES DE RETENCIÓN O DE SUJECIÓN CON VÁLVULA DE RETENCIÓN ROTOS, POR DIENTE	\$50.00	Una vez cada 12 meses por arco
D5640	REEMPLAZO DE DIENTES ROTOS, POR DIENTE	\$50.00	Una vez cada 12 meses por arco
D5650	AGREGADO DE DIENTE A LA DENTADURA POSTIZA PARCIAL EXISTENTE	\$50.00	Una vez cada 12 meses por arco
D5660	AGREGADO DE UN BROCHE A UNA DENTADURA POSTIZA PARCIAL EXISTENTE, POR DIENTE	\$50.00	Una vez cada 12 meses por arco
D5710	DENTADURA POSTIZA MAXILAR COMPLETA	\$60.00	Una vez cada 36 meses
D5711	DENTADURA POSTIZA MANDIBULAR COMPLETA	\$60.00	Una vez cada 36 meses
D5720	REEMPLAZO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR	\$60.00	Una vez cada 36 meses

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

Código dental	Prostodoncia otros servicios de cirugía oral/maxilofacial/oral. Otros servicios	Copago	Frecuencia
D5721	REEMPLAZO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR	\$60.00	Una vez cada 36 meses
D5730	RECUBRIMIENTO COMPLETO DENTADURA POSTIZA MAXILAR (EN EL CONSULTORIO)	\$60.00	Una vez cada 36 meses
D5731	RECUBRIMIENTO COMPLETO DENTADURA POSTIZA MANDIBULAR (EN EL CONSULTORIO)	\$60.00	Una vez cada 36 meses
D5740	RECUBRIMIENTO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR (EN EL CONSULTORIO)	\$60.00	Una vez cada 36 meses
D5741	RECUBRIMIENTO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR (EN EL CONSULTORIO)	\$60.00	Una vez cada 36 meses
D5750	RECUBRIMIENTO COMPLETO DE DENTADURA POSTIZA MAXILAR (EN EL LABORATORIO)	\$60.00	Una vez cada 36 meses
D5751	RECUBRIMIENTO COMPLETO DE DENTADURA POSTIZA MANDIBULAR (EN EL LABORATORIO)	\$60.00	Una vez cada 36 meses
D5760	RECUBRIMIENTO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR (EN EL LABORATORIO)	\$60.00	Una vez cada 36 meses
D5761	RECUBRIMIENTO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR (EN EL LABORATORIO)	\$60.00	Una vez cada 36 meses

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

Código dental	Prostodoncia otros servicios de cirugía oral/maxilofacial/oral. Otros servicios	Copago	Frecuencia
D5850	ACONDICIONAMIENTO DE TEJIDOS, MAXILAR	\$60.00	Una vez cada 12 meses
D5851	ACONDICIONAMIENTO DE TEJIDOS, MANDIBULAR	\$60.00	Una vez cada 12 meses
D5863	SOBREDENTADURA POSTIZA, MAXILAR COMPLETA	\$700.00	Una vez cada 5 años
D5864	SOBREDENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR	\$700.00	Una vez cada 5 años
D5865	SOBREDENTADURA POSTIZA, MANDIBULAR COMPLETA	\$700.00	Una vez cada 5 años
D5866	SOBREDENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR	\$700.00	Una vez cada 5 años
D5875	MODIFICACIÓN DE PRÓTESIS EXTRAÍBLE LUEGO DE UNA CIRUGÍA DE IMPLANTE	\$60.00	Una vez cada 12 meses por arco
D6210	PÓNTICO, DE METAL FUNDIDO MUY NOBLE	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6211	PÓNTICO, DE METAL FUNDIDO PREDOMINANTEMENTE DE BASE	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6212	PÓNTICO, METAL COLADO NOBLE	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6214	PÓNTICO, CON TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6240	PÓNTICO: PORCELANA FUSIONADA EN METAL MUY NOBLE	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6241	PÓNTICO: PORCELANA FUNDIDA A BASE PREDOMINANTE DE METAL	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6242	PÓNTICO: PORCELANA FUNDIDA CON METAL NOBLE	\$400.00	Una vez cada 5 años

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

Código dental	Prostodoncia otros servicios de cirugía oral/maxilofacial/oral. Otros servicios	Copago	Frecuencia
D6243	PÓNTICO: PORCELANA FUNDIDA EN TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6245	PÓNTICO: PORCELANA/CERÁMICA	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6250	PÓNTICO, RESINA CON METAL MUY NOBLE	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6251	PÓNTICO: RESINA CON METAL PREDOMINANTEMENTE DE BASE	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6252	PÓNTICO, RESINA CON METAL NOBLE	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6750	CORONA DE RETENCIÓN, PORCELANA FUNDIDA CON METAL MUY NOBLE	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6751	CORONA DE RETENCIÓN: PORCELANA FUNDIDA SOBRE METAL PREDOMINANTEMENTE COMÚN	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6752	CORONA DE RETENCIÓN, PORCELANA FUNDIDA EN METAL NOBLE	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6753	CORONA DE RETENCIÓN: PORCELANA FUNDIDA EN TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6780	CORONA DE RETENCIÓN, 3/4 DE METAL COLADO MUY NOBLE	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6781	CORONA DE RETENCIÓN: 3/4 DE METAL PREDOMINANTEMENTE DE BASE	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6782	CORONA DE RETENCIÓN, 3/4 DE METAL COLADO NOBLE	\$400.00	Una vez cada 5 años

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

Código dental	Prostodoncia otros servicios de cirugía oral/maxilofacial/oral. Otros servicios	Copago	Frecuencia
D6783	CORONA DE RETENCIÓN: 3/4 DE PORCELANA/CERÁMICA	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6790	CORONA DE RETENCIÓN, METAL MUY NOBLE, COMPLETAMENTE COLADO	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6791	CORONA DE RETENCIÓN: METAL TOTAL FUNDIDO PREDOMINANTEMENTE COMÚN	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6792	CORONA DE RETENCIÓN, METAL NOBLE COMPLETAMENTE FUNDIDO	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6794	CORONA DE RETENCIÓN: TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	\$400.00	Una vez cada 5 años
D6930	RECEMENTACIÓN O NUEVA UNIÓN DE UNA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA	\$40.00	Una vez cada 12 meses
D7280	EXPOSICIÓN DE UN DIENTE SIN ERUPCIONAR	\$100.00	Una vez por diente de por vida
D9222	SEDACIÓN PROFUNDA/ ANESTESIA GENERAL DURANTE LOS PRIMEROS 15 MINUTOS	\$60.00	Según sea necesario
D9223	SEDACIÓN PROFUNDA/ ANESTESIA GENERAL DE DESPLAZAMIENTO – CADA INCREMENTO SUBSIGUIENTE DE 15 MINUTOS	\$60.00	Según sea necesario

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?**Sección 3.1 Los servicios que *no* tienen cobertura (exclusiones)**

En esta sección, se informa qué servicios están “excluidos” de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, este plan no los cubre.

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

En el siguiente cuadro se enumeran los servicios y los artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o que solo están cubiertos en condiciones específicas.

Si usted recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), usted debe pagarlos usted mismo, excepto bajo las condiciones específicas que se enumeran a continuación. Los servicios excluidos no tienen cobertura, incluso si se reciben en un centro de emergencias, y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se decide en una apelación que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar nuestra decisión de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este documento).

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Cirugías o procedimientos cosméticos		<ul style="list-style-type: none"> • Están cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar la función de un miembro malformado del cuerpo. • Están cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de un seno después de la mastectomía, así como para el seno no afectado para producir una apariencia simétrica.
<p>Atención de custodia</p> <p>La atención de custodia es la atención personal que no exige la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, tal como la atención que se brinda para ayudarlo con las actividades cotidianas, como bañarse o vestirse.</p>	✓	
<p>Procedimientos médicos y quirúrgicos, y equipos y medicamentos experimentales.</p> <p>Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que nuestro plan y Original Medicare</p>		Pueden estar cubiertos por Original Medicare dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.

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

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
determinan que no son aceptados por la comunidad médica en términos generales.		(Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información acerca de los estudios de investigación clínica).
Las tarifas impuestas por sus parientes directos o miembros de su hogar por atención que le brinden.	✓	
Atención de enfermería en el hogar a tiempo completo.	✓	
Entrega de alimentos a domicilio	✓	
Servicios domésticos (incluyen asistencia básica en el hogar, como actividades de limpieza o preparación de comidas ligeras).	✓	
Servicios de naturopatía (tratamientos naturales o alternativos)	✓	
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		Zapatos que son parte de un dispositivo ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del dispositivo ortopédico. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen de enfermedades en los pies ocasionadas por la diabetes
Artículos personales en la habitación de un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	✓	
Habitación privada en un hospital.		Está cubierta solo cuando sea médicamente necesario.

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

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros de medicamentos anticonceptivos sin receta.	✓	
Servicios considerados no razonables y necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare.	✓	

CAPÍTULO 5:

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

CAPÍTULO 5. Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo **explica las normas para utilizar la cobertura de 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 de cuidados paliativos.

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

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando usted siga estas reglas básicas:

- Debe pedirle a un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que receta) que le escriba una receta que debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- Su profesional que receta no debe estar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Generalmente, debe utilizar una farmacia de la red para obtener los medicamentos recetados. (Consulte la Sección 2, *Surta sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o que está 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 envío por correo del plan

Sección 2.1 Utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos *únicamente* si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre las circunstancias en las que cubriremos los medicamentos recetados que se surtan en una farmacia fuera de la red).

Una farmacia de la red es aquella que tiene un contrato con el plan para proporcionarle sus medicamentos recetados cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” se refiere a todos los medicamentos recetados de la Parte D que se encuentran en la Lista de Medicamentos del plan.

CAPÍTULO 5. Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**Sección 2.2 Farmacias de la red****¿Cómo encontrar una farmacia de la red en su área?**

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

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

¿Qué sucede si la farmacia que ha estado utilizando abandona la red?

Si la farmacia que ha estado utilizando deja la red del plan, usted deberá encontrar otra que esté en la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicios para Miembros o usar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.carefirst.com/medicareadvantage.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

Algunas recetas se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos para pacientes internados en un centro de atención de largo plazo (long-term care, LTC). Generalmente, un centro de LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para Miembros.
- Farmacias que prestan servicios al Servicio de Salud Indígena/Indian Health Service/Tribal/Urban. (Estas farmacias no están disponibles en Puerto Rico). Excepto en caso de emergencia, únicamente los nativos americanos o de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) restringe a ciertas localidades, o que requieren un manejo especial, coordinación con el proveedor o instrucciones para su uso. (**Nota:** Este caso no es frecuente).

Para ubicar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de farmacias* o llame a Servicios para Miembros.

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

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar el servicio de envío por correo de la red del plan. Generalmente, los medicamentos suministrados a través de envío por correo son medicamentos que usted toma de manera regular, para una afección médica crónica o de largo plazo. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de envío por correo del plan están marcados con “NM” para indicar que no están disponibles por correo en nuestra Lista de medicamentos.

CAPÍTULO 5. Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

El servicio de pedido por correo del plan le permite solicitar un suministro para **hasta 100 días como máximo para los medicamentos de nivel 1 (genéricos preferidos) y un suministro de hasta 90 días para los medicamentos de los niveles 2, 3 y 4.**

Para obtener formularios de pedidos e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

Por lo general, se le entregará un pedido de farmacia por correo en no más de 10 a 15 días. En el improbable caso de que haya un retraso importante con el medicamento recetado de envío por correo, nuestro servicio de envío por correo trabajará con usted y con una farmacia de la red para proporcionarle un suministro temporal de su medicamento recetado de envío por correo.

La farmacia recibe nuevas recetas directamente desde el consultorio de su médico.

La farmacia automáticamente surtirá y entregará los medicamentos de recetas nuevas que reciba de los proveedores de atención médica, sin antes consultar con usted, si ocurre lo siguiente:

- Usted utilizó los servicios de envío por correo con este plan en el pasado; o
- Usted se registra para la entrega automática de los medicamentos de todas las recetas nuevas que se reciban directamente de proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de los medicamentos de todas las recetas nuevas en cualquier momento comunicándose con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este documento).

Si usted recibe automáticamente por correo un medicamento recetado que no desea, y no se comunicaron con usted para ver si lo quería antes de su envío, puede que usted cumpla con los requisitos para obtener un reembolso.

Si utilizó el servicio de envío por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nueva, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este documento).

Si nunca ha utilizado nuestra entrega de pedidos por correo o decide detener los surtidos automáticos de nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que el medicamento se surta y se envíe inmediatamente. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarles si deben enviar, retrasar o cancelar la nueva receta.

Para optar por no recibir las entregas automáticas de recetas nuevas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este documento).

Reabastecimiento de medicamentos recetados con envío por correo. Para el reabastecimiento de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de reabastecimiento automático. En este programa, comenzaremos a procesar su próximo reabastecimiento automáticamente cuando nuestros registros muestren que sus medicamentos están por acabarse. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada reabastecimiento para asegurarse de que necesita más medicamentos;

CAPÍTULO 5. Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

usted puede cancelar los reabastecimientos programados si tiene medicamentos suficientes o si su medicamento ha cambiado.

Si elige no utilizar nuestro programa de reabastecimiento automático pero aún desea que la farmacia de pedido por correo le envíe su receta, comuníquese con su farmacia de 10 a 15 días antes de que se agote su receta actual. Esto garantizará que su pedido se envíe a tiempo.

Para optar por no participar en nuestro programa que prepara automáticamente reabastecimientos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este documento). Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informar a la farmacia de qué manera puede comunicarse con usted. Llame a Servicios para miembros o inicie sesión en su www.carefirst.com/medicareadvantage cuenta para proporcionarnos su información de contacto preferida.

Si recibe un reabastecimiento automático por correo que no desea, puede que usted cumpla con los requisitos para obtener un reembolso.

Sección 2.4 Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

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

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de farmacias* indica qué farmacias de nuestra red pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de envío por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no pertenezca a la red del plan?

Su receta puede tener cobertura en algunas circunstancias

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en farmacias fuera de la red *únicamente* cuando no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio donde puede surtir sus medicamentos recetados como miembro de nuestro plan.

Consulte primero con Servicios para Miembros para ver si hay una farmacia de la red cerca. 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 dentro de la red.

Estas son las circunstancias en las que cubriríamos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- La receta es para una emergencia médica o una atención urgente.

CAPÍTULO 5. Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- No puede obtener un medicamento cubierto de la Parte D de manera oportuna dentro del área de servicio porque, por ejemplo, no hay una farmacia de la red a una distancia razonable en automóvil que brinde servicio las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La receta es para un medicamento que está agotado en una farmacia minorista accesible o de servicio por correo de la red (incluidos los medicamentos únicos y de alto costo).
- Si es evacuado o desplazado de su hogar debido a un desastre federal u otra declaración de emergencia de salud pública.
- Una vacuna o un medicamento administrado en el consultorio de su médico.

Si necesita ir a una farmacia fuera de la red por cualquiera de las razones enumeradas anteriormente, el reembolso está sujeto a la determinación de cobertura posterior al servicio y la autorización del plan.

¿Cómo solicita un reembolso del plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su distribución de costos) en el momento en que surta su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (En el Capítulo 7, Sección 2.1, se explica cómo solicitar al plan que le reembolse).

SECCIÓN 3 Los medicamentos deben estar en 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 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 fue aprobada por Medicare.

Los medicamentos en la Lista de Medicamentos son solo aquellos cubiertos por la Parte D de Medicare.

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

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o afección para la que fue recetado.
- -- o -- respaldado por ciertas referencias, tales como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

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

CAPÍTULO 5. Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, medicamentos basados en una proteína) se llaman productos biológicos. En la lista de medicamentos, cuando nos referimos a “medicamentos”, se puede tratar de un medicamento o de un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos comunes, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se llaman biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y biosimilares funcionan con la misma eficacia que el medicamento de marca y suelen costar menos. Existen sustitutos genéricos de medicamentos o alternativas biosimilares disponibles para muchos medicamentos de marca y algunos productos biológicos.

¿Qué *no* está incluido en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, nosotros hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos. En algunos casos, puede obtener un medicamento que no está en la lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el capítulo 9.

Sección 3.2 Existen cinco “niveles de distribución de costos” para los medicamentos de la Lista de medicamentos

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan se encuentra en uno de los cinco niveles de distribución de costos. En general, mientras más alto sea el nivel de distribución de costos, más alto será su costo por el medicamento:

- **Nivel 1 - Genérico preferido:** es el nivel más bajo e incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- **Nivel 2 – Genérico:** incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- **Nivel 3 - Marca preferida:** incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos. Los Medicamentos Seleccionados para Insulina están ubicados en este nivel por un copago de \$35 por un suministro de un mes antes de que usted llegue a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe.
- **Nivel 4 - Medicamentos no preferidos:** incluye medicamentos genéricos y de marca no preferidos.
- **Nivel 5 – Especialidad:** es el nivel más alto e incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo.

CAPÍTULO 5. Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Para saber en qué nivel de distribución de costos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos de nuestro plan.

El monto que usted paga por los medicamentos en cada nivel de distribución de costos se puede ver en el Capítulo 6: *¿Qué paga por los medicamentos recetados de la Parte D?*

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

Cuenta con tres maneras para averiguarlo:

1. Verifique la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (www.carefirst.com/medicareadvantage). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Comuníquese con Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento determinado está en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados existen normas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica al medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Si un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien desde el punto de vista médico como un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa 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 según la potencia, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg; uno por día versus dos por día; tableta versus líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones?

Las siguientes secciones le brindan más información sobre qué tipo de restricciones utilizamos para ciertos medicamentos.

Si el medicamento que toma tiene alguna restricción, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento.

Comuníquese con Servicios para Miembros para saber lo que usted o su proveedor deben hacer

CAPÍTULO 5. Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

para obtener cobertura para el medicamento. Si desea que eliminemos la restricción, usted deberá utilizar el proceso para decisiones de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o rechazar la eliminación de la restricción. (Consulte el Capítulo 9)

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

Generalmente, un medicamento “genérico” funciona del mismo modo que un medicamento de marca y, por lo general, es menos costoso. **En la mayoría de los casos, cuando hay disponible una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos ha informado la razón médica por la cual ni un medicamento genérico ni otro medicamento cubierto que trate la misma afección funcionará para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca. (La parte que le corresponde pagar puede ser mayor si se trata de un medicamento de marca que de un medicamento genérico).

Obtener una aprobación por anticipado del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener aprobación del plan antes de que acordemos cubrirle un medicamento. A esto se lo conoce como “**autorización previa**”. Se establece para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a orientar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no sea cubierto por el plan.

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito lo incentiva a probar un medicamento menos costoso, pero que, por lo general, es igual de eficaz, 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 exigirle que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se llama “**terapia escalonada**”.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surta su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora por día de un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura para su receta a no más de una píldora por día.

CAPÍTULO 5. Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de los medicamentos no tiene la cobertura que usted desea?****Sección 5.1 Existen procedimientos que puede llevar a cabo si su medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría que estuviera cubierto**

Hay situaciones en las que está tomando un medicamento recetado, o uno que usted y su proveedor creen que debería tomar y que no está en nuestro formulario o está en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no tenga ningún tipo de cobertura. O quizá esté cubierta una versión genérica del medicamento, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales sobre la cobertura para ese medicamento como se explica en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de distribución de costos que hace que este sea más caro de lo que cree conveniente.
- Existen procedimientos que puede llevar a cabo si su medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría que estuviera cubierto. Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si su medicamento está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber lo que puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de distribución de costos que hace que su costo sea más caro de lo que piensa que debería ser, consulte la Sección 5.3 para saber lo que puede hacer.

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o tiene algún tipo de restricción, tiene las siguientes 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 que retire las restricciones del medicamento.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

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

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 debe estar restringido de alguna manera.**

CAPÍTULO 5. Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- **Si 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 un suministro de 30 días. Si su receta es para menos días, permitiremos varios surtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días de suministro de medicamento. El medicamento se debe obtener en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia del centro de atención de largo plazo puede entregar el medicamento en cantidades más pequeñas por vez para evitar el desperdicio).
- **Para aquellos miembros que han estado en el plan por más de 90 días y residen en un centro de atención 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 es para menos días. Esto es adicional al suministro temporal anterior.
- Si experimenta un cambio en su entorno de atención (como que le den el alta o lo admitan en un centro de atención de largo plazo), su médico o farmacia pueden solicitar un suministro temporal del medicamento. Este suministro temporal (para un máximo de 31 días) le dará tiempo para hablar con su médico sobre el cambio en la cobertura.

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

Mientras esté usando el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué debe hacer cuando se termine el suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar de medicamento

Hable con su proveedor sobre si existe un medicamento diferente que el plan cubre y que podría funcionar igual de bien para usted. Puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento con cobertura que pueda ser adecuado para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento del modo en que a usted le gustaría. Si su proveedor dice que existen razones médicas que justifican que nos solicite una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede solicitar al plan que cubra un medicamento incluso si no está en la Lista de medicamentos del plan. O puede solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es un miembro actual y un medicamento que toma será retirado del formulario o restringido de alguna manera para el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del año nuevo. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le responderemos en las siguientes 72 horas después de haber recibido su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigor.

CAPÍTULO 5. Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se indica lo que debe hacer. Explica los procedimientos y fechas límite que Medicare estableció para asegurarse de que su solicitud sea manejada de manera rápida y justa.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de distribución de costos que usted considera que es muy alto?

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

Puede cambiar de medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, hable con su proveedor. Puede haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento con cobertura que pueda ser adecuado para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan que haga una excepción en el nivel de distribución de costos del medicamento para que usted pague menos por él. Si su proveedor dice que existen razones médicas que justifican que nos solicite una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se indica lo que debe hacer. Explica los procedimientos y los plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se maneje de manera rápida y justa.

No se puede realizar este tipo de excepción en el caso de los medicamentos de especialidad. No reducimos el monto de la distribución de costos para medicamentos en este nivel.

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

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

- **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **¿Cómo cambiar un medicamento a un nivel de distribución de costos más alto o más bajo?**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento**
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

CAPÍTULO 5. Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

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 producen cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente. A continuación, indicamos las situaciones en las que recibiría un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando.

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

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos (o cambiamos el nivel de distribución de costos o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o realizar ambas).**
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas o menos restricciones. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones o ambas cosas cuando se agregue el nuevo genérico.
 - Es posible que no le informemos con anticipación antes de hacer ese cambio, incluso si está tomando actualmente el medicamento de marca. Si toma el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le brindaremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos a seguir para solicitar una excepción con el fin de cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de realizar el cambio.
 - Usted o el profesional que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - En ocasiones, se puede considerar que un medicamento es inseguro o puede ser retirado del mercado por otra razón. Si esto sucede, es posible que retiremos el medicamento de forma inmediata de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos de inmediato.
 - El profesional que receta también estará al tanto de este cambio y puede buscar con usted otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios a los medicamentos en la Lista de medicamentos**

CAPÍTULO 5. Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Es posible que hagamos otros cambios una vez que el año haya comenzado y que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la Lista de medicamentos o cambiar el nivel de costos compartidos o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos. También podríamos realizar cambios basados en los recuadros de advertencia de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
- En cuanto a estos cambios, debemos avisarle sobre el cambio con al menos 30 días de anticipación o darle un aviso sobre el cambio y un reabastecimiento para 30 días del medicamento que está tomando de una farmacia de la red.
- Después de recibir el aviso del cambio, usted debe trabajar con su profesional que receta para cambiar a un medicamento diferente que cubrimos o para cumplir con cualquier restricción nueva sobre el medicamento que está tomando.
- Usted o el profesional que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

Podemos hacer ciertos cambios a la Lista de medicamentos que no se describieron anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará si usted está tomando el medicamento cuando se haga el cambio. Sin embargo, estos cambios probablemente lo afectarán a partir del 1 de enero del próximo año del plan si usted permanece en el mismo plan.

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

- Cambiamos su medicamento a un nivel de distribución de costos más alto.
- Aplicamos una nueva restricción sobre el uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si se produce alguno de estos cambios para un medicamento que está tomando (excepto por un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplace un medicamento de marca u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como su parte de la distribución del costo hasta el 1 de enero del siguiente año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún incremento en lo que tiene que pagar, ni se agregarán restricciones al uso del medicamento.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios de manera directa durante el año del plan actual. Tendrá que revisar 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.

CAPÍTULO 5. Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?****Sección 7.1 Tipos de medicamentos sin cobertura**

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

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

Aquí presentamos las normas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán según la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto bajo las Partes A o B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se haya comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan generalmente no puede cubrir el uso no indicado en las etiquetas. El “uso no indicado en la etiqueta” es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- La cobertura para el “uso no indicado en la etiqueta” solo se permite cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como la Información de medicamentos del servicio de formulario de American Hospital y el Sistema de información DRUGDEX.

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

- Medicamentos sin receta médica (también conocidos como medicamentos de venta libre)
- Medicamentos que se usan para la fertilidad
- Medicamentos que se usan para aliviar la tos o los síntomas del resfriado
- Medicamentos que se utilizan con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales con receta médica, excepto las vitaminas prenatales y preparaciones con flúor
- Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la anorexia, la pérdida o el aumento del peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios en los que el fabricante busca exigir que las pruebas o los servicios de monitoreo asociados se compren exclusivamente al fabricante como condición de venta

Además, si **recibe “Ayuda Adicional”** (Extra Help) para pagar sus recetas, el programa “Ayuda Adicional” (Extra Help) no pagará por los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que no suelen estar cubiertos en un plan de

CAPÍTULO 5. Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede encontrar los números telefónicos y la información de contacto de Medicaid en la sección 6 del capítulo 2).

SECCIÓN 8 Surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione su información de membresía

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

Sección 8.2 ¿Qué debe hacer si no tiene su información de membresía en ese momento?

Si no tiene la información de membresía de su plan con usted cuando surta su receta, usted o 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 total del medicamento recetado cuando lo recoja.** (Después puede **solicitar**nos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

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

Si se le admite en un hospital o un centro de enfermería especializada con una estancia cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estancia. Una vez que deja el hospital o el centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre que cumplan con todas las reglas de cobertura descritas en este Capítulo.

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

Generalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un centro de convalecencia) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que surte los medicamentos para todos sus residentes. Si

CAPÍTULO 5. Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

usted es residente de un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o la que este utilice, siempre y cuando forme parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de LTC o la que este utiliza forma parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o asistencia, comuníquese con Servicios para Miembros. Si usted se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

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

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

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

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

En general, si tiene cobertura de grupo de empleados o jubilados, la cobertura de medicamentos que obtenga de nosotros será *secundaria* a la cobertura de su grupo. Eso significa que la cobertura de grupo pagaría primero.

Aviso especial sobre la “cobertura acreditable”:

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

Si la cobertura del plan de grupo es “**acreditable**”, significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.

Conserve este aviso sobre cobertura acreditable, ya que puede necesitarlo luego. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite este aviso para demostrar que ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió el aviso de cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios de su empleador o plan de jubilados o al empleador o sindicato.

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

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., antinauseosos, laxantes, analgésicos o ansiolíticos que no están cubiertos por su hospicio porque no están relacionados con su enfermedad

CAPÍTULO 5. Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación ya sea del profesional que receta o de su proveedor de cuidados paliativos que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale a su proveedor de hospicio o profesional que receta que le notifique antes de surtir su receta.

En caso de que revoque su elección de hospicio o sea dado de alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en una farmacia cuando termine su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

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

Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos de manera segura

Hacemos revisiones sobre el uso de los medicamentos para nuestros miembros a fin de garantizar que estén recibiendo una atención segura y apropiada.

Hacemos una revisión cada vez que usted surte una receta. También revisamos nuestros registros con regularidad. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, tales como los siguientes:

- posibles errores en los medicamentos;
- medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección
- medicamentos que pueden no ser seguros ni apropiados debido a su edad o sexo;
- ciertas combinaciones de medicamentos que podrían afectarlo si los toma al mismo tiempo;
- recetas de medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando;
- cantidades inseguras de analgésicos opioides.

Si observamos un problema potencial en el uso que usted hace de los medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Drug Management Program (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Drug Management Program (DMP). Si consume medicamentos opiáceos que recibe de varios médicos o farmacias, o si sufrió recientemente una sobredosis de opioides, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su consumo de medicamentos opiáceos sea apropiado y medicamento necesario. Si, al trabajar conjuntamente con sus médicos, decidimos que su uso de

CAPÍTULO 5. Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

opiáceos o benzodiazepinas recetados no es seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Solicitarle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas en determinadas farmacias
- Solicitarle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas de determinados médicos
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas que cubriremos para usted

Si planeamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta explicará las limitaciones que creemos que deberían aplicarse a usted. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar y sobre cualquier otra información que considere importante que sepamos. Después de haber tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación o con la limitación, usted y su profesional que receta tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si continuamos negando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a 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 se le colocará en nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor activo relacionado con el cáncer o enfermedad de células falciformes, si está recibiendo atención de hospicio, paliativa, o al final de su vida, o si 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

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades médicas complejas. Nuestro programa se llama Administración de la Terapia con Medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros para ayudarnos a garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y cuyos costos en medicamentos son elevados, o que participan en un DMP para ayudar a miembros a consumir sus medicamentos opiáceos de manera segura, podrían obtener servicios a través del programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le proporcionará un análisis integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede conversar sobre sus medicamentos, sus costos o cualquier problema o pregunta que usted tenga acerca de su medicamento recetado y los medicamentos de venta libre. Usted recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe realizar para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que toma, cuánto y cuándo se los toma, y el motivo por el que los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre cómo desechar de forma segura los medicamentos recetados que son sustancias reguladas.

CAPÍTULO 5. Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Es una buena idea hablar con su médico acerca de su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve consigo el resumen a su visita o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, mantenga su lista de medicamentos actualizada y llévela consigo (por ejemplo, junto con su documento de identificación) en caso de que tenga que ir al hospital o a la sala de urgencias.

Si contamos con un programa acorde a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con Servicios para Miembros.

CAPÍTULO 6:

*Lo que usted paga por los
medicamentos recetados de la
Parte D*

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si está inscrito en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a su caso.** Le hemos enviado un documento separado llamado “Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados” (que también se conoce como la “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que le brinda información sobre cobertura de medicamentos. Si no recibe este documento, llame a Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”.

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se centra en lo que paga por los medicamentos recetados de la Parte D. A modo de simplificación, utilizamos la palabra “medicamento” en este capítulo para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Como se explicó en el Capítulo 5, no todos los medicamentos pertenecen a la Parte D; algunos medicamentos están cubiertos por las Partes A o B de Medicare y otros medicamentos se excluyen de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. Las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5 explican estas reglas.

Sección 1.2 Tipos de gastos de bolsillo que posiblemente tenga que pagar por sus medicamentos cubiertos
--

Hay diferentes tipos de costos de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que paga por un medicamento se denomina “distribución de costos”, y hay tres maneras en las que se le puede solicitar el pago.

- El “**deducible**” es el monto que paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- El “**copago**” es una monto fijo que paga cada vez que surte una receta.
- El “**coseguro**” es un porcentaje del costo total que paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo

Medicare cuenta con normas acerca de lo que se considera y *no* se considera como gastos de bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo.

CAPÍTULO 6. Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D

Estos pagos están incluidos en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo incluyen los pagos que figuran a continuación (siempre y cuando sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya seguido las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que usted paga por sus medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - Etapa de cobertura inicial
 - Etapa sin cobertura
- Cualquier pago que efectúe durante este año calendario como miembro de un plan diferente de medicamentos recetados de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Importa quién paga:

- Si realiza estos pagos **usted mismo**, se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también están incluidos* si los hacen **algunas otras personas u organizaciones** en su nombre. Esto incluye pagos por sus medicamentos hechos por un amigo o un familiar, por la mayoría de las organizaciones de beneficencia, por programas de asistencia de medicamentos para el AIDS, por un State Pharmaceutical Assistance Program certificado por Medicare o por el Servicio de Salud Indígena. Los pagos realizados por el programa de Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare también están incluidos.
- Algunos pagos realizados por el Programa de descuentos durante la Etapa sin cobertura de Medicare están incluidos. El monto que paga el fabricante por sus medicamentos de marca está incluido. Sin embargo, el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluido.

Paso a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe:

Cuando usted (o alguna persona que pague en su nombre) haya gastado un total de \$7,400 de gastos de bolsillo dentro del año calendario, usted pasará de la Etapa sin cobertura a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo **no incluyen** ninguno de los siguientes tipos de pago:

- Su prima mensual.
- Los medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no sean de la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos que Medicare excluye de la cobertura.

CAPÍTULO 6. Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de distribución de costos en el que se encuentre.

SECCIÓN 3 Le enviaremos informes para explicarle los pagos de los medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra

Sección 3.1 Le enviaremos un resumen mensual llamado *Explicación de Beneficios de la Parte D* (la “EOB de la Parte D”)

Nuestro plan lleva un control de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted ha hecho cuando surte o resurte sus medicamentos recetados en la farmacia. De esta manera, podemos indicarle cuando haya pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, existen dos tipos de costos para los cuales llevamos control:

- Llevamos un control de cuánto ha pagado usted. Esto se conoce como sus gastos “**de bolsillo**”.
- Llevamos un registro de sus “**gastos totales en medicamentos**”. Esta es la cantidad que usted paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre, más la cantidad que paga el plan.

Si usted surtió una o más recetas médicas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”). A continuación, le indicamos lo que incluye la EOB de la Parte D:

- **Información de ese mes.** Este informe le da los detalles del pago de los medicamentos recetados que le han surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1 de enero.** Esto se conoce como la información “del año hasta la fecha”. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio de medicamentos.** En esta información, se indicará el precio total del medicamento e información sobre aumentos de precio desde el primer surtido para cada reclamación de receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos recetados alternativos de menor costo disponibles.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles que tienen una menor distribución de costos para cada reclamación de receta.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de medicamentos

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

CAPÍTULO 6. Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D

- **Muestre su tarjeta de membresía siempre que surta un medicamento recetado.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que sabemos sobre las recetas que está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay veces que usted puede pagar por el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para realizar un seguimiento de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a realizar un seguimiento de sus gastos de bolsillo, entréguenos copias de los recibos. A continuación, hay ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utiliza una tarjeta de descuento que no es parte de nuestro beneficio del plan.
 - Cuando realiza un copago por medicamentos que se proporcionan bajo un programa de asistencia a los pacientes ofrecido por el fabricante del medicamento.
 - Siempre que haya adquirido medicamentos cubiertos en farmacias que no pertenecen a la red u otras ocasiones en que haya pagado el precio completo de un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.
 - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que paguemos nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros han realizado por usted.** Los pagos hechos por ciertos otros individuos y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos que efectúa un State Pharmaceutical Assistance Program, un AIDS Drug Assistance Program (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones de beneficencia cuentan para sus gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba 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 para Miembros. Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced

No hay deducible para CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced. Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de los medicamentos y usted paga la suya

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento recetado y de dónde lo surte
--

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte (el monto de su copago o coseguro). La parte del costo que pague variará según el medicamento recetado y dónde lo surta.

El plan tiene cinco niveles de distribución de costos

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan se encuentra en uno de los cinco niveles de distribución de costos. En general, cuanto más alto sea el nivel de la distribución de costos, más alto será su costo por el medicamento:

- **Nivel 1 - Genérico preferido:** es el nivel más bajo e incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- **Nivel 2 – Genérico:** incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- **Nivel 3 - Marca preferida:** incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos. Los Medicamentos Seleccionados para Insulina están ubicados en este nivel por un copago de \$35 por un suministro de un mes antes de que usted llegue a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe.
- **Nivel 4 - Medicamentos no preferidos:** incluye medicamentos genéricos y de marca no preferidos.
- **Nivel 5 – Especialidad:** es el nivel más alto e incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo.

Para saber en qué nivel de distribución de costos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos de nuestro plan.

Sus opciones en cuanto a farmacias

Lo que pague por un medicamento depende de dónde lo obtiene:

- Una farmacia minorista de la red
- Una farmacia que no pertenece a la red del plan. Cubrimos medicamentos recetados que se surten en farmacias fuera de la red únicamente en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para averiguar cuándo cubriremos un medicamento recetado que surtió en una farmacia fuera de la red
- La farmacia de envío por correo del plan

CAPÍTULO 6. Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D

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

Sección 5.2 Una tabla en la que se muestran sus costos para un suministro de un mes de un medicamento

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

Como se muestra en la siguiente tabla, el monto del copago o del coseguro depende de cuál es el nivel de distribución de costos.

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

CAPÍTULO 6. Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D

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

	Distribución de costos en farmacias minoristas estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos en farmacias de envío por correo (suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos de atención a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Distribución de costos en farmacias fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para más información). (suministro de hasta 30 días)
Nivel 1 de distribución de costos (Genéricos preferidos)	\$5 de copago	\$5 de copago	\$5 de copago	\$5 de copago
Nivel 2 de distribución de costos (Genéricos)	\$15 de copago	\$15 de copago	\$15 de copago	\$15 de copago
Nivel 3 de distribución de costos (De marca preferidos)	\$47 de copago (\$35 de copago para insulinas seleccionadas)	\$47 de copago (\$35 de copago para insulinas seleccionadas)	\$47 de copago (\$35 de copago para insulinas seleccionadas)	\$47 de copago (\$35 de copago para insulinas seleccionadas)
Nivel 4 de distribución de costos (Medicamento no preferido)	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago
Nivel 5 de distribución de costos (Especializado)	33% del costo	33% del costo	33% del costo	33% del costo

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

Por lo general, el monto que usted paga por un medicamento recetado cubre un suministro para un mes completo. Puede que haya momentos en los que usted o su médico deseen tener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando pruebe un medicamento por primera vez). También puede solicitarle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, un suministro de sus medicamentos para menos de un mes completo si esto lo ayuda a planificar mejor la fecha de resurtido para diferentes medicamentos recetados.

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

- Si debe pagar un 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 debe pagar un copago por el medicamento, solo tendrá que pagar por la cantidad de días que reciba del medicamento en lugar de hacerlo por el mes completo. Calculamos el monto que paga por día por su medicamento (la “tasa de distribución de costos diario”) y lo multiplicamos por el número de días que recibe de medicamento.

Sección 5.4	Una tabla en la que se muestran sus costos para un suministro a largo plazo de un medicamento
--------------------	--

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro de largo plazo (también llamado “suministro extendido”). Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días para los medicamentos de nivel 1 y un suministro de hasta 90 días para los medicamentos de los niveles 2, 3 y 4.

En la siguiente tabla se muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro a largo plazo de un medicamento.

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

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

	Distribución de costos en farmacias minoristas estándar (dentro de la red) (Un suministro de hasta 100 días para el nivel 1 Un suministro de hasta 90 días para los niveles 2, 3 y 4).	Distribución de costos en farmacias de envío por correo (Un suministro de hasta 100 días para el nivel 1 Un suministro de hasta 90 días para los niveles 2, 3 y 4).
Nivel 1 de distribución de costos (Genéricos preferidos)	\$5 de copago	\$5 de copago
Nivel 2 de distribución de costos (Genéricos)	\$15 de copago	\$15 de copago
Nivel 3 de distribución de costos (De marca preferidos)	\$141 de copago (\$105 de copago para insulinas seleccionadas)	\$94 de copago (\$70 de copago para insulinas seleccionadas)
Nivel 4 de distribución de costos (De marca no preferidos)	\$300 de copago	\$200 de copago
Nivel 5 de distribución de costos (Especializado)	El surtido de largo plazo no se encuentra disponible para medicamentos en el Nivel 5.	El surtido de largo plazo no se encuentra disponible para medicamentos en el Nivel 5.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos totales en medicamentos durante el año alcancen los \$4,660

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

La EOB de la Parte D que le enviamos lo ayudará a llevar un control de lo que pagaron usted y el plan, así como cualquier tercero en su nombre, durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$4,660 en un año.

CAPÍTULO 6. Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D

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

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa sin cobertura

Cuando está en la Etapa sin cobertura, el Programa de descuentos durante la Etapa sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en los medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de preparación para los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante cuentan hacia los costos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado ese monto y lo desplazará a lo largo del período de interrupción en cobertura.

También recibe cierta cobertura para medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos, y el plan paga el resto. Solamente el monto que usted pague se tiene en cuenta, y esto lo ayuda a avanzar dentro de la etapa sin cobertura.

Los miembros de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced tienen cobertura adicional para los medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) durante la Etapa sin cobertura. Consulte el cuadro de esta sección para obtener más información.

Usted continúa pagando estos costos hasta que sus gastos de bolsillo anuales alcancen el monto máximo establecido por Medicare. Cuando alcance este monto (\$7,400), saldrá de la Etapa sin cobertura y pasará a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe.

Medicare cuenta con normas acerca de lo que se considera y *no* se considera como gastos de bolsillo.

CareFirst BlueCross BlueShield Core ofrece cobertura adicional durante la etapa sin cobertura para las Insulinas seleccionadas. Durante la Etapa sin cobertura, sus costos de bolsillo para las Insulinas seleccionadas serán de \$35 por un suministro de un mes. Para averiguar qué medicamentos son las Insulinas seleccionadas, revise la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos de forma electrónica. Puede identificar las Insulinas seleccionadas mediante el indicador SI (del inglés “Selected Insulins”) que se utiliza para referirse a las Insulinas seleccionadas en la Lista de medicamentos. Si tiene alguna pregunta sobre la Lista de medicamentos, también puede comunicarse con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).

CAPÍTULO 6. Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D

Nivel 1, Cobertura durante la Etapa sin cobertura:

Nivel de distribución de costos	Distribución de costos en farmacias minoristas estándar (dentro de la red)	Distribución de costos en farmacias de envío por correo estándar (dentro de la red)	Distribución de costos de atención a largo plazo (LTC)	Distribución de costos fuera de la red (la cobertura está limitada a ciertas situaciones; para obtener más información, consulte el Capítulo 5).
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	\$5 de copago por un suministro de hasta 30 días	\$5 de copago por un suministro de hasta 30 días	\$5 de copago por un suministro de hasta 31 días	\$5 de copago por un suministro de hasta 30 días
	\$5 de copago por un suministro de hasta 60 días	\$5 de copago por un suministro de hasta 60 días		
	\$5 de copago por un suministro de hasta 90 días	\$5 de copago por un suministro de hasta 90 días		

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en caso de catástrofe, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

Usted ingresa a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe cuando sus gastos de bolsillo hayan alcanzado el límite de \$7,400 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura en caso de catástrofe, permanecerá en esta etapa por lo que resta del año calendario.

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 monto que sea *mayor*:
 - *– ya sea* – un coseguro del 5% del costo del medicamento
 - *– o* – \$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$10.35 por todos los demás medicamentos.

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

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

Existen dos partes en nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

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

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

1. El tipo de vacuna (para lo que se le va a vacunar).

- Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. (Consulte el *Cuadro de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que paga]* en el Capítulo 4).
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan.

2. Dónde obtiene la vacuna.

- La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.

3. Quién 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 que recibe la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias y de la etapa del medicamento en la que se encuentra.

- A veces, cuando recibe la vacuna, tiene que pagar el costo total de la vacuna y el costo del proveedor que la administra. Puede solicitar a nuestro plan que le reembolse la parte que nos corresponde pagar del costo.
- Otras veces, cuando reciba una vacuna, pagará solo su parte del costo bajo su beneficio de la Parte D.

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

CAPÍTULO 6. Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D

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

- Le pagará a la farmacia su copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de administrarle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Nota: le recomendamos recibir una vacuna que se encuentra en nuestro formulario en una farmacia de la red. Vacunarse en el consultorio médico, sin importar dónde haya comprado la vacuna, probablemente entrañe mayores costos de bolsillo y provoque un retraso en el reembolso.

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 del proveedor que se la administra.
- Luego, puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo usando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará la cantidad que pagó menos su copago normal por la vacuna (incluida la administración) menos cualquier diferencia entre la cantidad que cobra el médico y lo que pagamos normalmente. (Si recibe “Ayuda Adicional” [Extra Help], le reembolsaremos esta diferencia).

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

- Deberá pagarle a la farmacia su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le aplique la vacuna, usted pagará el costo total de este servicio. Luego, puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo usando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará el monto que cobre el médico por administrar la vacuna, menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda Adicional” [Extra Help], le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7:

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

CAPÍTULO 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que usted debería solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de sus medicamentos o servicios cubiertos

En algunas ocasiones, cuando reciba atención médica o adquiriera un medicamento recetado, deberá pagar el costo total. Otras veces, podrá observar que ha pagado más de lo esperado según las normas de cobertura del plan. En ambos casos, puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a menudo, esto se denomina “reembolso”). Usted tiene derecho a que nuestro plan le devuelva el dinero cuando ha pagado más de lo que le corresponde de su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Puede haber fechas límite que debe cumplir para recibir el pago. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que recibe 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 explica en el documento. Primero, trate de resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Evaluaremos la factura y decidiremos si corresponde que cubramos los servicios. Si decidimos que debemos pagar, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más de los costos compartidos permitidos por el plan. Si este proveedor es contratado, usted aún tiene el derecho de recibir tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que usted puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que usted ha recibido:

1. Cuando usted ha recibido atención médica de emergencia o que se necesita con urgencia de un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan

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

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de urgencia o de emergencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia. Si accidentalmente paga el monto total usted mismo en el momento en que recibe la atención, pídanos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con cualquier documentación que indique lo que usted ha pagado.
- Puede recibir una factura de un proveedor en la que se le solicita el pago que usted considera que no es su deuda. Envíenos esta factura junto con cualquier documentación que indique lo que usted ha pagado.
 - Si se le debe algo al proveedor, se lo pagaremos directamente.
 - Si usted ya ha pagado más de lo que le corresponde de su parte del costo por el servicio, determinaremos cuánto debía pagar y le reembolsaremos la parte del costo que nos corresponde pagar.

CAPÍTULO 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido por medicamentos o servicios médicos 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 deben facturarle directamente al plan y pedirle a usted solo la parte del costo que le corresponde. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando obtiene los servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, lo que se denomina “facturación de saldo”. Esta protección (que nunca pague más que el monto de su costo compartido) se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que usted reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera excesivo, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor para resolver el problema de facturación.
- Si usted ya pagó la factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de todo pago que haya realizado y solicítenos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debería haber pagado según nuestro plan.

3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

A 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 sido el año anterior).

Si usted se inscribió en nuestro plan en forma retroactiva y pagó cualquier medicamento o servicio cubierto de su bolsillo con posterioridad a la fecha de su inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá presentar documentación, como recibos y facturas, para que nos encarguemos del reembolso.

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

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos directamente la reclamación. Cuando esto ocurra, usted deberá pagar el costo total de su medicamento recetado.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos las farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Vea cuáles son estas circunstancias en el Capítulo 5, Sección 2.5.

5. Cuando pague el costo total de una receta porque no tiene consigo su tarjeta de membresía del plan

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

CAPÍTULO 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos

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

6. Cuando pague el costo total de una receta en otras circunstancias

Es posible que pague el costo total de la receta debido a que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan; o puede estar sujeto a un requisito o a una restricción que usted no conocía o no considera que deba aplicarse a su caso. Si decide adquirir el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso. En algunos casos, es probable que necesitemos que su médico nos proporcione más información a fin de reembolsarle la parte del costo que nos corresponde.

Todos los ejemplos mencionados anteriormente son tipos de decisiones de cobertura. Esto quiere decir que, si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento tiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que ha recibido

Puede solicitar que le devolvamos el pago enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe la factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Se recomienda que haga una copia de su factura y los recibos a modo de registro. Para reclamaciones médicas, **usted debe presentarnos su reclamación en un plazo de un (1) año** a partir de la fecha en que recibió el servicio. Para reclamaciones de medicamentos recetados de la Parte D, **debe presentarnos su reclamación en un plazo de tres (3) años** a partir de la fecha en que recibió el medicamento.

Para reclamaciones médicas:

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con las facturas o los recibos pagados a la siguiente dirección:

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Claims
P.O. Box 4495
Scranton, PA 18505

Para reclamaciones de medicamentos recetados de la Parte D:

A fin de asegurarse de que nos proporciona toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamaciones para hacer su solicitud de pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero este nos ayudará a procesar la información más rápidamente.

CAPÍTULO 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos

- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.carefirst.com/medicareadvantage) o llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con las facturas o los recibos pagados a la siguiente dirección:

CVS Caremark Medicare Part D Claims Processing
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

SECCIÓN 3 Consideraremos la solicitud de pago y le responderemos sí o no

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

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

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

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

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que usted nos solicita que cambiemos la decisión de rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para los detalles sobre cómo hacer esta apelación, vaya al Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Derechos y responsabilidades

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

<p>Sección 1.1 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.) Debemos brindar información de una manera que sea apropiada para usted (en otros idiomas además del inglés, en braille, en letra grande o en formatos alternativos, etc.)</p>
--

Su plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles a todos los inscritos, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, una capacidad de lectura limitada, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad son, entre otros: la prestación de servicios de traductor, servicios de intérprete, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos, disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos ofrecerle la información en Braille, en letra grande u otro formato alternativo sin ningún costo para usted si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre las prestaciones del plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para que le proporcionemos información de una manera que le acomode, llame a Servicios para Miembros.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud para la mujer dentro de la red para los servicios de atención sanitaria de rutina y preventiva para la mujer.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan localizar proveedores de la especialidad fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, solo pagará la distribución de costos 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 usted necesita, llame al plan para que le informen sobre dónde acudir para obtener ese servicio con una distribución de costos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, para realizar una consulta con un especialista en salud para la mujer o para encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja formal ante CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Appeals and Grievances, P.O. Box 3626, Scranton, PA 18505. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente en la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic

CAPÍTULO 8. Derechos y responsabilidades

backgrounds. Examples of how a plan may meet these accessibility requirements include, but are not limited to: provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in braille, large print, or other alternate formats at no cost if you need it. 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 Member Services.

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in the plan's network for a specialty are not available, it is the plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in the plan's network that cover a service you need, call the plan for information on where to go to obtain this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, please call to file a grievance with CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Appeals and Grievances, P.O. Box 3626, Scranton, PA 18505. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights by calling 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que usted obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos
--

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para proporcionar y coordinar sus servicios cubiertos. Usted también tiene derecho a visitar un especialista en salud para la mujer (como un ginecólogo) sin una remisión.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un período de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de especialistas cuando necesita esa atención. Usted también tiene derecho a obtener o volver a obtener los medicamentos recetados en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin largas demoras.

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 personal de salud

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de su historia clínica y de su información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo exigen estas leyes.

CAPÍTULO 8. Derechos y responsabilidades

- Su “información personal de salud” incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, al igual que su historia clínica y otra información médica y de salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y con el control del uso de su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, denominado “Aviso de Prácticas de Privacidad”, en la que se informa sobre estos derechos y se explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no vean ni modifiquen sus registros.
- Excepto en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información de salud a cualquier persona que no le brinde ni pague por su atención, *primero debemos obtener un permiso por escrito de usted o de alguien a quien le haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted.*
- Existen ciertas excepciones por las que no se requiere que le solicitemos antes su permiso por escrito. La ley permite o establece estas excepciones.
 - Estamos obligados a divulgar su información de salud a las agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a brindar su información de salud a Medicare, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y regulaciones federales, generalmente, esto requiere que la información que lo identifique de manera exclusiva no sea compartida.

Usted puede tener acceso a la información de sus expedientes y saber cómo se ha divulgado

Usted tiene derecho a consultar la historia clínica que conserve el plan y a obtener una copia. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos o corrijamos información en su historia clínica. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos junto con su proveedor de atención médica a fin de decidir si deben realizarse dichos cambios.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha revelado su información de salud a otros con cualquier fin que no sea de rutina.

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

Aviso de Prácticas de Privacidad

En este aviso se describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica y financiera, y cómo puede acceder a ella. Revíselo con atención. Nos importa la privacidad de su información médica y financiera.

CAPÍTULO 8. Derechos y responsabilidades

Este aviso rige solo para miembros de grupos totalmente asegurados y titulares individuales de pólizas. Si usted es miembro de un grupo autoasegurado, mientras continuamos protegiendo su información personal con los mismos mecanismos de seguridad, recibirá un *Aviso de Prácticas de Privacidad* de su plan de salud grupal. Si no está seguro de si es un miembro totalmente asegurado o con autoseguro, comuníquese con el administrador del grupo. Este aviso rige para las prácticas de privacidad de CareFirst of Maryland, Inc., Group Hospitalization and Medical Services, Inc., CareFirst BlueChoice, Inc., FirstCare, Inc. (CareFirst) CareFirst Advantage, Inc y CareFirst Advantage DSNP, Inc. Podemos compartir su información financiera y su información médica protegida (de forma oral, escrita o electrónica), así como la información médica protegida de otras personas en su póliza de seguro, según sea necesario para fines de pago o de operaciones de atención de la salud.

Usos y divulgaciones de información médica***Nuestro deber legal***

En este aviso se describen nuestras prácticas de privacidad, que incluyen cómo podemos usar, divulgar (compartir o dar), recopilar, manejar y proteger la información salud protegida de nuestros miembros. De acuerdo con ciertas leyes federales y estatales, estamos obligados a mantener la privacidad de su información médica protegida. También estamos obligados a brindarle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su información médica protegida. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras esté vigente. Este aviso entra en vigor el 1 de octubre del 2016 y está destinado a modificar el Aviso de Prácticas de Privacidad de CareFirst con fecha de entrada en vigor el 14 de abril del 2003.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando la ley permita los cambios. Nos reservamos el derecho de hacer vigentes los cambios en nuestras prácticas de privacidad y en los nuevos términos de nuestro aviso para toda la información médica protegida que mantengamos, incluida la que creamos o recibimos antes de realizar los cambios. Si realizamos un cambio importante en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y publicaremos el nuevo en nuestro sitio web, www.carefirst.com, y proporcionaremos el aviso editado y la información sobre los cambios y cómo obtener tal aviso en nuestro próximo envío anual a nuestros suscriptores del plan de salud.

Puede solicitar una copia de nuestro aviso en todo momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o para obtener copias adicionales de este aviso, comuníquese con nosotros utilizando la información que aparece al final de este aviso.

Mantenemos medidas de protección físicas, electrónicas y procedimentales de acuerdo con las normas federales y estatales para proteger su información médica. Todos nuestros asociados reciben capacitación en estas normas en el momento de su contratación y, a partir de entonces, reciben capacitación anualmente para estar actualizados. El acceso a su información médica protegida está restringido a los propósitos comerciales apropiados y se necesitan contraseñas para acceder a nuestros sistemas informáticos y credenciales de identificación para acceder a nuestras instalaciones. Los empleados que infrinjan nuestras normas están sujetos a medidas disciplinarias.

CAPÍTULO 8. Derechos y responsabilidades

Usos principales y divulgaciones de información médica protegida

Utilizamos y divulgamos su información médica protegida para operaciones de pago y de atención de la salud. Por lo general, las reglamentaciones de privacidad federales de atención de la salud (“Regla de Privacidad de la Ley HIPAA [Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud]”) no “reemplazan” (o prevalecen) las leyes de privacidad estatales u otras leyes vigentes que proporcionen a las personas una mayor protección de la privacidad. En consecuencia, es posible que las leyes de privacidad estatales o federales vigentes impongan una norma de privacidad en virtud de la cual se nos exigirá operar. Por ejemplo, seguiremos leyes de privacidad estatales más estrictas que se relacionan con el uso y la divulgación de información médica protegida en relación con el HIV o AIDS, la salud mental, el abuso de sustancias o la dependencia de productos químicos, las pruebas genéticas y los derechos reproductivos. Además de los requisitos de dichas leyes, también podemos utilizar o divulgar su información médica protegida para fines de administración de beneficios de la salud (como el procesamiento de reclamaciones e inscripciones, la administración de la atención y las ofertas de bienestar, el pago de reclamaciones, y las iniciativas de detección y prevención de fraudes), para nuestras operaciones comerciales (incluidas la medición de calidad y la mejora y el desarrollo de beneficios) y en las siguientes situaciones:

- **Pago:** podemos utilizar y divulgar su información médica protegida en todas las actividades que se incluyen en la definición de “pago”, tal como se establece en la Regla de privacidad de la ley HIPAA. Por ejemplo, es posible que utilicemos y divulguemos su información médica protegida para pagar reclamaciones por los servicios que le proporcionan médicos, hospitales, farmacias y otros que cubran su plan de salud. También podemos utilizar su información para determinar si cumple con los requisitos para los beneficios, coordinar beneficios, revisar la necesidad médica, obtener primas y enviar explicaciones de los beneficios a la persona que se suscribe al plan de salud en el que usted participa.
- **Operaciones de atención de la salud:** podemos utilizar y divulgar su información médica protegida en todas las actividades que se incluyen en la definición de “operaciones de atención de la salud”, tal como se establece en la Regla de privacidad de la ley HIPAA. Por ejemplo, podemos utilizar y divulgar su información médica protegida para determinar nuestras primas para su plan de salud, llevar a cabo evaluaciones de calidad y actividades de mejora, participar en la coordinación de atención o en la administración de casos y administrar nuestras actividades comerciales.
- **Socios comerciales:** en cuanto a nuestras actividades de pago y operaciones de atención de la salud, celebramos contratos con personas y entidades (denominadas “socios comerciales”) para llevar a cabo diversas funciones en nuestro nombre o para proporcionar ciertos tipos de servicios (como apoyo de servicio al miembro, gestión de la utilización, subrogación o administración de beneficios farmacéuticos). Podemos compartir su información de contacto y número de teléfono, incluido su número de celular, con nuestros socios comerciales. Para llevar a cabo estas funciones o para proporcionar los servicios, nuestros socios comerciales recibirán, crearán, mantendrán, utilizarán o revelarán información médica protegida, pero únicamente después de que exijamos que acuerden por escrito los términos contractuales diseñados para proteger su información adecuadamente.

CAPÍTULO 8. Derechos y responsabilidades

- **Otras entidades cubiertas:** podemos utilizar o divulgar su información médica protegida para ayudar a los proveedores de atención médica en relación con sus actividades de tratamiento o de pago, o para ayudar a otras entidades cubiertas en relación con ciertas operaciones de atención de salud. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida a un proveedor de atención médica cuando este la necesite para que le brinde tratamiento, y es posible que divulguemos esa información a otra entidad cubierta para realizar operaciones de atención de la salud en las áreas de garantía de calidad y actividades de mejora o autorización, certificación, licencias o acreditaciones.

Otros usos y divulgaciones posibles de información médica protegida

A continuación, se describen otras formas posibles en las que podemos (y nos permiten) usar o divulgar su información médica protegida:

- **A usted o con su autorización:** debemos divulgarle su información médica protegida, tal como se describe en la sección Derechos individuales de este aviso. Puede otorgarnos una autorización escrita para usar su información médica protegida o divulgarla a cualquier persona para todo fin que no esté detallado en este aviso. Si nos otorga una autorización, puede revocarla por escrito en todo momento. La revocación no afectará ningún uso ni divulgación que hayamos hecho según lo permitido por su autorización mientras estaba vigente. En la medida (si corresponde) en que mantengamos o recibamos notas de psicoterapia sobre usted, se necesita su autorización para la mayoría de las divulgaciones de estas notas. Además, en la medida (si corresponde) en que usemos o divulguemos su información para nuestras prácticas de recaudación de fondos, le brindaremos la capacidad de no participar en futuras comunicaciones sobre recaudación de fondos. Además, se necesita su autorización para la mayoría (pero no todos) de los usos y las divulgaciones de información médica para fines de marketing y para las divulgaciones que constituyen una venta de información médica protegida. Sin su autorización por escrito, no podemos utilizar ni divulgar su información médica protegida por ningún motivo, excepto por aquellos descritos en este aviso.
- **Al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (DHHS):** debemos divulgar su información médica protegida al secretario del DHHS cuando este esté investigando o determinando si cumplimos con las regulaciones federales de privacidad.
- **A los patrocinadores del plan:** si la ley lo permite, podemos divulgar su información médica protegida al patrocinador del plan de su plan de salud grupal para que este lleve a cabo las funciones de administración del plan. Por ejemplo, un patrocinador del plan puede comunicarse con nosotros para solicitar información y así evaluar cambios futuros en su plan de beneficios. También podemos divulgar al patrocinador información médica resumida (este tipo de información se define en la Regla de Privacidad de la Ley HIPAA) acerca de los inscritos en su plan de salud grupal para que obtenga ofertas de primas para la cobertura del seguro de salud que se ofrece por medio de su plan de salud grupal o para que decida si lo modifica, enmienda o concluye.
- **A familiares y amigos:** si usted está de acuerdo (o si no está disponible para aceptar), como en una situación de urgencia médica, podemos divulgar su información médica protegida a un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudar con su atención de salud o con el pago de esta.

CAPÍTULO 8. Derechos y responsabilidades

- **Suscripción al seguro:** es posible que recibamos su información médica protegida para suscripciones al seguro, calificaciones de primas u otras actividades relacionadas con la creación, renovación o sustitución de un contrato de seguro de salud o beneficios de salud. No utilizaremos ni divulgaremos información médica protegida que se trate de información genética de una persona para tales fines. No utilizaremos ni divulgaremos más esta información médica protegida que se haya recibido en estas circunstancias para ningún otro fin, excepto según lo exigido por la ley, a menos que usted celebre un contrato de seguro de salud o beneficios de salud con nosotros y hasta que lo haga.
- **Actividades de supervisión médica:** es posible que divulguemos su información médica protegida a un organismo de supervisión médica para las actividades autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones, inspecciones, autorizaciones o acciones disciplinarias, procedimientos o acciones civiles, administrativas o penales. Entre los organismos de supervisión que buscan esta información, se incluyen los siguientes organismos gubernamentales que supervisan: (i) el sistema de atención de salud, (ii) los programas de beneficios del Gobierno, (iii) otros programas reglamentarios del Gobierno y (iv) el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
- **Abuso o abandono:** podemos divulgar su información médica protegida a las autoridades pertinentes si consideramos razonablemente que podría ser una posible víctima de abuso, abandono, violencia doméstica u otros delitos.
- **Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad:** en conformidad con ciertas leyes federales y estatales, podemos divulgar su información médica protegida si creemos que esto es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público.
- **Funcionarios responsables de la investigación, médicos forenses, directores funerarios y donación de órganos:** podemos divulgar su información médica protegida a un funcionario responsable de la investigación o médico forense para que este lo identifique después de morir, determine la causa de muerte o lleve a cabo otras funciones autorizadas por la ley. También podemos divulgar, según lo autorizado por la ley, información a los directores funerarios para que puedan llevar a cabo sus funciones en su nombre. Además, es posible que divulguemos esa información a organizaciones que se encargan de donaciones de órganos, ojos o tejidos, y trasplantes.
- **Investigación:** podemos divulgar su información médica protegida a investigadores cuando una junta de revisión institucional o una junta de privacidad realizó lo siguiente: (1) revisó la propuesta de investigación y estableció protocolos para garantizar la privacidad de la información y (2) aprobó la investigación.
- **Reclusos:** si usted es un recluso en una cárcel, podemos divulgar su información médica protegida a esa institución o a un funcionario de la ley con los siguientes fines: (1) que la institución le brinde atención médica, (2) su salud y seguridad, y la salud y seguridad de los demás, o (3) la seguridad y protección de la institución correccional.
- **Compensación a los trabajadores:** podemos divulgar su información médica protegida para cumplir con las leyes de compensación a los trabajadores y con otros programas similares que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades que estén relacionadas con el trabajo.

CAPÍTULO 8. Derechos y responsabilidades

- **Salud y seguridad públicas:** podemos divulgar su información médica protegida en la medida necesaria para evitar una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad, o para la salud o seguridad de los demás.
- **Exigido por ley:** podemos utilizar o divulgar su información médica protegida cuando así lo exija la ley. Por ejemplo, debemos divulgar su información médica protegida al DHHS, bajo solicitud, para determinar si cumplimos con las leyes federales de privacidad.
- **Procesos y procedimientos legales:** en determinadas circunstancias, podemos divulgar su información médica protegida en respuesta a un tribunal o una orden administrativa, una citación, una solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal. En circunstancias limitadas, como una orden judicial, orden de detención o citación del gran jurado, podemos divulgar su información médica protegida a los funcionarios de la ley.
- **Cumplimiento de la ley:** podemos divulgar a un funcionario de la ley su información médica protegida limitada de un sospechoso, fugitivo, testigo esencial, una víctima de un delito o una persona desaparecida. Es posible que divulguemos información médica protegida cuando sea necesario para ayudar a que los funcionarios de la ley capturen a una persona que haya admitido haber sido partícipe de un delito o que se haya escapado de la custodia legal.
- **Seguridad militar y nacional:** en determinadas circunstancias, podemos divulgar a las autoridades militares la información médica protegida del personal de las Fuerzas Armadas. Es posible que divulguemos a los funcionarios federales información médica protegida que sea necesaria para el contraespionaje, el espionaje y otras actividades de seguridad nacional.
- **Otros usos y divulgaciones de su información médica protegida:** se harán otros usos y divulgaciones de su información médica protegida que no se describan anteriormente solo con su autorización por escrito. Si nos proporciona dicha autorización, puede revocarla por escrito, y esta revocación será efectiva para usos y divulgaciones futuros de información médica protegida. Sin embargo, no lo será para la información que ya hayamos usado o divulgado conforme a su autorización.

Derechos individuales

Acceso: tiene derecho a ver u obtener copias de la información médica protegida que esté en un conjunto de registros designados, con excepciones limitadas. Puede solicitar que proporcionemos copias en otro formato que no sea el de fotocopias. Utilizaremos el formato que solicite, a menos que no podamos hacerlo de manera razonable. Debe presentar una solicitud por escrito para acceder a su información médica protegida. En determinadas circunstancias, si presenta la solicitud por escrito, puede pedir que la información sea una copia electrónica. También puede solicitar acceso enviando una carta a la dirección que aparece al final de este aviso. Si solicita copias, es posible que le cobremos una tarifa razonable por cada página y costos de envío si desea que se las envíen por correo. Si solicita un formato alternativo, es posible que le cobremos una tarifa con base en el costo por proporcionarle la información médica protegida en ese formato. Si lo prefiere, prepararemos un resumen o una explicación de su información médica protegida, pero es posible que le cobremos una tarifa para hacerlo.

CAPÍTULO 8. Derechos y responsabilidades

En determinadas circunstancias, podemos denegarle la solicitud para examinar y copiar la información médica protegida. En ciertas condiciones, no se podrá revisar la denegación. Si esto ocurre, le informaremos en nuestra denegación que la decisión no se podrá revisar. Si se le niega el acceso a su información y la denegación está sujeta a revisión, puede solicitar que se la revise. Elegiremos a un profesional de atención médica para que revise su solicitud y la denegación. La persona que realice esta revisión no será la misma persona que denegó su solicitud inicial.

- **Justificación de divulgación:** tiene derecho a recibir una lista de casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales hayan divulgado su información médica protegida para otros fines que no hayan sido tratamientos, pagos, operaciones de atención de la salud y otras actividades. Le proporcionaremos la fecha en la que se hizo la divulgación, el nombre de la persona o entidad a la que divulgamos su información, una descripción de la información que divulgamos, el motivo de la divulgación y otra información. Su solicitud puede ser para divulgaciones que se hayan hecho hasta seis años antes de la fecha de la solicitud.

Puede pedir una justificación enviando la solicitud por escrito con la información que aparece al final de este aviso. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable con base en el costo por responder a estas solicitudes adicionales.

Solicitudes de restricción: tiene derecho a solicitar que impongamos restricciones adicionales sobre el uso o la divulgación de su información médica protegida. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero, si lo hacemos, cumpliremos con nuestro acuerdo (excepto en un caso de urgencia), a menos que recibamos una solicitud por escrito de su parte para rescindir la restricción o hasta que lo hagamos. Todo acuerdo que podamos hacer por una solicitud de restricciones adicionales debe ser por escrito y debe estar firmado por una persona autorizada para hacer dicho acuerdo en nuestro nombre. No nos haremos responsables de usos y divulgaciones que se hayan hecho fuera de la restricción solicitada, a menos que nuestro acuerdo de restricción sea por escrito. Estamos autorizados a rescindir nuestro acuerdo sobre la restricción solicitada por medio de un aviso por escrito para usted.

Puede solicitar una restricción si nos escribe utilizando la información que aparece al final de este aviso. En su solicitud, indíquenos lo siguiente: (1) la información sobre la cual desea limitar nuestro uso y divulgación, y (2) la manera en que desea limitar nuestro uso o la divulgación de la información. También puede utilizar la información que aparece al final de este aviso para enviar una solicitud por escrito a fin de rescindir una restricción acordada.

- **Comunicación confidencial:** si cree que la divulgación de toda su información médica protegida o de parte de ella puede ponerlo en peligro, tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de forma confidencial para hablar de su información médica protegida. Esto significa que puede solicitar que le enviemos información por medios alternativos o a una ubicación alternativa. Si su solicitud es razonable y en ella se indican los medios alternativos o la ubicación alternativa y cómo se manejarán las cuestiones de pago (primas y reclamaciones), podemos admitirla. Puede solicitar comunicación confidencial si nos escribe utilizando la información que aparece al final de este aviso.

CAPÍTULO 8. Derechos y responsabilidades

- **Enmienda:** tiene derecho a solicitar que modifiquen su información médica protegida. Su solicitud debe ser por escrito y en ella se debe explicar por qué se debería modificar la información. Si no creamos la información que desea que se modifique o si existen otras razones, podemos denegar su solicitud. Si eso ocurre, le proporcionaremos una explicación por escrito. Puede responder con una declaración de disconformidad para que se anexe a la información que quería que se modificara. Si aceptamos su solicitud de modificar la información, tomaremos todas las medidas razonables para informar a otros, incluidas las personas que usted nombre, sobre la enmienda e incluir los cambios en toda divulgación futura de esa información.

Aviso electrónico: incluso si acepta recibir este aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico (e-mail), también tiene derecho a recibir una copia impresa. Comuníquese con nosotros utilizando la información que aparece al final de este aviso para obtenerlo por escrito. Si la transmisión del correo electrónico no se realizó correctamente y CareFirst está al tanto del error, le enviaremos una copia impresa del aviso.

- **Notificación de infracción de información:** en caso de que haya una infracción de su información médica no segura, le proporcionaremos una notificación sobre ello, como lo requiera la ley o cuando lo consideremos apropiado.

Recopilación de información financiera personal y usos y divulgaciones de información financiera

Podemos recopilar su información financiera personal de muchas fuentes, entre las que se incluyen las siguientes fuentes:

- Información que proporciona sobre solicitudes de inscripción u otros formularios, como su nombre, dirección, número de seguro social, salario, edad y sexo.
- Información sobre su relación con CareFirst, nuestros socios y otros, como su cobertura de póliza, primas e historial de pago de reclamaciones.
- Información, tal como se describió anteriormente, que obtenemos de cualquiera de nuestros socios.
- Información que recibimos sobre usted de otras fuentes, como su empleador, su proveedor, su corredor y otras terceras partes.
- Información que recibimos sobre usted cuando inicia sesión en nuestro sitio web. Mediante el uso de “cookies”, podemos hacer un seguimiento de cierta información, como saber si los miembros han visitado anteriormente el sitio web de CareFirst o para hacer un seguimiento del tiempo que los visitantes pasan en el sitio web. Estas cookies no recopilan información de identificación personal, y no combinamos información recopilada mediante cookies con otra información financiera personal para determinar la identidad de los visitantes de su sitio web. No divulgaremos las cookies a terceros.

¿Cómo se utiliza su información?

Utilizamos la información que recopilamos sobre usted en relación con la suscripción a seguros o la administración de una póliza de seguro o reclamación, o para otros fines permitidos por la ley. En ningún momento revelamos su información financiera a ninguna persona ajena a CareFirst, a menos que tengamos su autorización correspondiente o que estemos autorizados u obligados a

CAPÍTULO 8. Derechos y responsabilidades

hacerlo por ley. Mantenemos medidas de protección físicas, electrónicas y procedimentales de acuerdo con las normas federales y estatales para proteger su información. Además, limitamos el acceso a su información financiera a los empleados de CareFirst, socios comerciales, proveedores, administradores del plan de beneficios, corredores, consultores y agentes que necesiten conocerla para llevar a cabo actividades comerciales de CareFirst o para proporcionarle productos o servicios.

Divulgación de su información financiera

Con el fin de proteger su privacidad, los terceros afiliados o no afiliados a CareFirst también están sujetos a leyes de privacidad estrictas. Las entidades afiliadas son empresas que forman parte de la familia corporativa CareFirst e incluyen HMO (organizaciones de mantenimiento de la salud), administradores de terceros, compañías aseguradoras de salud, aseguradoras de atención a largo plazo y agencias de seguros. En algunas situaciones relacionadas con nuestras transacciones de seguros de las que usted forme parte, divulgaremos su información financiera personal a un tercero no afiliado que nos ayude a proporcionarle servicios.

Cuando divulguemos información a estos terceros, les exigimos que acepten proteger su información financiera y que la utilicen únicamente para su fin previsto y para cumplir con todas las leyes pertinentes.

Cambios en nuestra política de privacidad

CareFirst revisa periódicamente sus políticas y se reserva el derecho de cambiarlas. Si cambiamos el contenido de nuestra política de privacidad, continuaremos con nuestro compromiso de mantener segura su información financiera: es nuestra máxima prioridad. Incluso si ya no es cliente de CareFirst, nuestra política de privacidad continuará vigente para sus registros.

Preguntas y quejas***Información sobre las prácticas de privacidad de CareFirst***

Puede solicitar una copia de nuestros avisos en todo momento. Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, si desea copias adicionales de este aviso o si tiene preguntas o inquietudes, llame al número de Servicios para Miembros que aparece en su tarjeta de identificación o comuníquese con la Oficina de Privacidad de CareFirst utilizando la información que aparece a continuación.

Presentar una queja

Si le preocupa que pudiéramos haber infringido sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre sus derechos individuales, puede utilizar la información de contacto que aparece al final de este aviso para presentar una queja ante nosotros. También puede presentar una queja por escrito al DHHS. Le proporcionaremos la información de contacto del DHHS si la solicita.

Apoyamos su derecho a proteger la privacidad de su información médica protegida y financiera. Si decide presentar una queja ante nosotros o ante el DHHS, no tomaremos represalias de ninguna manera.

CAPÍTULO 8. Derechos y responsabilidades

Información de contacto:

CareFirst BlueCross BlueShield y CareFirst BlueChoice, Inc.
Privacy Office CT 10-03
10455 Mill Run Circle, Owings Mills, MD 21117
Teléfono: 800-853-9236
Fax: 410-505-6692
Correo electrónico: privacy.office@carefirst.com

*CareFirst BlueCross BlueShield es el nombre comercial compartido de CareFirst of Maryland, Inc. y Group Hospitalization and Medical Services, Inc.
CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage, Inc.
CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan District of Columbia es el nombre comercial de Trusted Health Plan (District of Columbia), Inc. En el District of Columbia y en Maryland, CareFirst MedPlus es el nombre comercial de First Care, Inc. En Virginia, CareFirst MedPlus es el nombre comercial de First Care, Inc. of Maryland (usado en VA por: First Care, Inc.). CareFirst of Maryland, Inc., Group Hospitalization and Medical Services, Inc., CareFirst Advantage, Inc., Trusted Health Plan (District of Columbia), Inc., CareFirst BlueChoice, Inc., First Care, Inc. y The Dental Network, Inc. son licenciarios independientes de la Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la cruz y del escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de los planes Blue Cross and Blue Shield independientes.*

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

Como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced, usted tiene derecho a que le proporcionemos diferentes tipos de información.

Si desea alguno de los siguientes tipos de información, comuníquese con Servicios para Miembros:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información acerca de la situación financiera del plan.
- **Información sobre nuestra red de proveedores y farmacias.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que usted debe seguir cuando utilice su cobertura.**
 - Los capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 brindan información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.

CAPÍTULO 8. Derechos y responsabilidades

- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 brinda información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención**Usted tiene derecho a conocer las opciones de tratamiento y participar en las decisiones con respecto a su atención médica**

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y las opciones de tratamiento *de manera que usted pueda comprenderlo*.

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

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

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por usted mismo

El estado de Maryland ofrece un formulario para hacer la planificación de la atención médica llamado “Directiva anticipada de Maryland: planificación para futuras decisiones de atención médica”. El formulario se puede completar en línea en <https://www.marylandattorneygeneral.gov/Pages/HealthPolicy/AdvanceDirectives.aspx>, o puede escribir a la Oficina del Fiscal General, División de políticas de decisiones médicas, 300 W. Preston Street, 3rd Floor, Baltimore, MD 21201 para solicitar una copia.

Algunas veces las personas no pueden tomar decisiones sobre la atención médica por sí mismas a causa de accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a expresar lo que desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si desea*, puede:

CAPÍTULO 8. Derechos y responsabilidades

- Llenar un formulario escrito para otorgarle **a alguien la autoridad legal de tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez queda imposibilitado para tomar decisiones por sí mismo.
- **Entregar instrucciones escritas a sus médicos** sobre cómo desea que manejen su atención médica si quedara imposibilitado para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones por adelantado de estas situaciones se denominan “**instrucciones médicas anticipadas**”. Existen diferentes tipos de instrucciones médicas anticipadas y tienen diferentes nombres. Los documentos denominados “**testamento en vida**” y “**poder de representación para atención médica**” son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar instrucciones anticipadas para expresar sus instrucciones, debe hacer lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucción médica anticipada de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucción médica anticipada de organizaciones que dan información sobre Medicare a las personas.
- **Llénelo y fírmelo.** Sin importar de dónde obtenga este formulario, tenga presente que es un documento legal. Considere obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Proporcione copias a las personas apropiadas.** Usted debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que usted nombre en el formulario, quien puede tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Se recomienda entregar copias a amigos cercanos o a miembros de la familia. Guarde una copia en su hogar.

Si usted sabe de antemano que va a ser hospitalizado y ha firmado una instrucción médica anticipada, **lleve una copia con usted al hospital.**

- El hospital le preguntará si ya firmó un formulario de instrucción médica anticipada y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado uno, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que usted decide si desea llenar un formulario de instrucción médica anticipada (incluso si desea firmar uno si se encuentra en el hospital). Según la legislación, nadie puede negarle atención o discriminarlo por haber firmado o no una instrucción anticipada.

¿Qué sucede si no se respetan sus instrucciones?

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante la Oficina del Fiscal General, División de políticas de decisiones médicas, 300 W. Preston Street, 3rd Floor, Baltimore, MD 21201.

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. No importa lo que haga —solicitar

una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja— **debemos tratarlo con imparcialidad.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si considera que se le está tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos?

Si se trata sobre discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles.

Si cree que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad, orientación sexual u origen nacional, debe llamar al Departamento de **Oficina de derechos civiles** de salud y servicios humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o llame a su Oficina de derechos civiles local.

¿Se trata de otras cuestiones?

Si cree que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos, *yno* se trata de discriminación, puede obtener ayuda con el problema que está teniendo de la siguiente manera:

- Puede llamar a **Servicios para Miembros**
- Usted puede **llamar al SHIP**. Para más detalles, vaya al Capítulo 2, Sección 3.
- O **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Usted puede **llamar a Servicios para Miembros**.
- Usted puede **llamar al SHIP**. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections” (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en: <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-medicare-rights-and-protections.pdf>).
 - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene responsabilidades como miembro del plan

A continuación, se indica lo que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Use esta *Evidencia de cobertura* para saber qué está cubierto para usted y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.

CAPÍTULO 8. Derechos y responsabilidades

- Los capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre sus servicios médicos.
- Los capítulos 5 y 6 brindan detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si usted cuenta con otra cobertura de seguro médico o de medicamentos recetados, además de nuestro plan, debe comunicárnoslo.** El capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Colabore para que sus médicos y otros proveedores puedan ayudarlo dándoles información, haciendo preguntas y completando su atención.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores médicos acerca de sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos estén al tanto de todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los otros pacientes. También esperamos que usted actúe de manera tal que colabore a que todo funcione sin problemas en el consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que adeuda.** Como miembro del plan, es responsable de hacer estos pagos:
 - Debe pagar las primas de su plan.
 - Debe continuar pagando una prima por su Medicare Parte B para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio o medicamento.
 - Si está obligado a pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.
 - Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación 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 ciertos problemas, debe utilizar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe utilizar el **proceso para presentar quejas**, también llamado quejas formales.

Ambos procesos están aprobados por Medicare. Cada proceso se compone de un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto que debe utilizar y qué debe hacer.

Sección 1.2 ¿Qué significan los términos legales?

Existen términos legales para algunas de las reglas, los procedimientos y los tipos de plazo que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo presenta lo siguiente:

- Se utilizan términos más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se dice “presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación del riesgo” y “organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”.
- También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil y, a veces bastante importante, que usted conozca los términos legales correctos. Saber qué términos utilizar lo ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o información correcta para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos los términos legales cuando proporcionamos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Estamos siempre dispuestos a ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, 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, es posible que también desee ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. A continuación hay dos entidades que pueden ayudarlo.

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

Programa estatal de asistencia con el seguro médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe utilizar para resolver su problema. Además, pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecerle orientación para saber qué debe hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las URL de los sitios 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 del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe seguir para resolver un problema?

Si tiene un problema o una inquietud, lea solo las partes de este capítulo que se relacionan con su situación. La siguiente guía le será de utilidad.

¿Su problema o inquietud se relaciona con sus beneficios o su cobertura?

Esto incluye problemas sobre si se cubren ciertos medicamentos recetados o atención médica, de qué forma están cubiertos y problemas relacionados con el pago de los medicamentos recetados o de la atención médica.

Sí.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4: “Una guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones”**.

No.

Vaya a la **Sección 10** al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes”**.

**CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES****SECCIÓN 4 Guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones****Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general**

Las decisiones de cobertura y apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados, y con el pago. Este es el proceso que debe utilizar para cuestiones relacionadas con determinar si algo está cubierto o no y de qué forma lo está.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos o sus medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted siempre que usted recibe atención médica de parte del mismo o si su médico de la red lo remite a un médico especialista. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si el médico tiene dudas acerca de si cubriremos un determinado servicio médico o si se niega a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura.

En circunstancias limitadas, se desestimarán una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimarán una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se descarte su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso donde se explique por qué la solicitud fue descartada y cómo puede pedir una revisión de dicha desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos qué cubrimos y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir sobre si un servicio o medicamento están cubiertos o si Medicare ya no los cubre para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de 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, usted puede solicitar una decisión de cobertura expeditiva o “apelación rápida” de una decisión de cobertura. Su apelación la manejan revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

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

Cuando apela una decisión por primera vez, esta se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar que hayamos seguido las reglas correctamente. Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará 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 descarte su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso donde se explique por qué la solicitud fue desestimada y cómo puede pedir una revisión de dicha desestimación.

Si no desestimamos su caso, pero decimos no a toda o parte de su apelación de nivel 1, puede presentar una apelación de nivel 2. Una Organización de Revisión Independiente no relacionada con nosotros llevará a cabo la Apelación de Nivel 2. (Las apelaciones de servicios médicos y medicamentos de la Parte B se enviarán automáticamente a una 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 rechazamos en su totalidad o en parte su apelación, tendrá que solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se examinan con más detalle en la Sección 6 de este capítulo). Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, puede continuar a través de niveles adicionales de apelación (la Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5).

<h3>Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación</h3>
--

A continuación, algunos recursos en caso de que decida solicitar cualquier clase de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos a Servicios para Miembros.**
- **Puede obtener ayuda gratuita de su State Health Insurance Assistance Program.**
- **Su médico puede realizar una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación de Nivel 2, tendrá que ser designado como su representante. Llame a Servicios para Miembros y pida el formulario de “Nombramiento de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.carefirst.com/medicareadvantage).
 - Para atención médica o medicamentos recetados de la Parte B, el médico puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es rechazada en el Nivel 1, automáticamente se enviará al Nivel 2.
 - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional que receta puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se le niega su Apelación de Nivel 1, el médico o profesional que receta puede solicitar una Apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a otra persona que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.

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

- Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario de “Nombramiento de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.carefirst.com/medicareadvantage.) El formulario le da permiso a esa persona para actuar en su nombre. Usted y la persona que usted desea que lo represente deben firmar el formulario. Deberá entregarnos una copia del formulario firmado.
- Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días corridos después de recibir su solicitud de apelación (el plazo para que tomemos una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será descartada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicarán sus derechos a pedir que una Organización de Revisión Independiente revise nuestra decisión de descartar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no tiene la obligación de 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 da detalles para su situación?

Existen cuatro situaciones diferentes que están relacionadas con decisiones de cobertura y apelaciones. Ya que cada situación tiene diferentes reglas y plazos, le proporcionamos los detalles de cada una en una sección separada:

- **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 recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo pedirnos que cubramos una estancia más prolongada en el hospital como paciente hospitalizado si usted considera que el médico le está dando el alta muy pronto”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto”. (*Aplica únicamente para estos servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF]*)

Si no está seguro de qué sección debería utilizar, llame a Servicios para Miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como SHIP.

**CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura**

Sección 5.1	En esta sección se le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le devolvamos el pago de nuestra parte del costo de su atención
--------------------	---

Esta sección trata sobre sus beneficios de servicios y atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga)*. Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica”, lo que incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican normas diferentes a una solicitud para un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos de qué manera las normas para medicamentos recetados de la Parte B son diferentes de las normas para los artículos y servicios médicos.

En esta sección, se explica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones que se describen a continuación:

1. No está recibiendo determinada atención médica que desea, y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea brindarle, y usted considera que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que considera que debería estar cubierta por el plan, pero nosotros le indicamos que no pagaremos por esta atención. **Cómo presentar una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó la atención médica que considera que debería estar cubierta por el plan y desea solicitar a nuestro plan que le haga un reembolso por esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le ha informado que la cobertura de determinada atención médica que ha estado recibiendo y que nosotros aprobamos previamente se reducirá o suspenderá, y usted considera que reducir o suspender esa atención podrían perjudicar su salud. **Cómo presentar una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es para servicios de atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer las Secciones 7 y 8 de este Capítulo. Se aplican reglas 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 solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión sobre la cobertura involucra su atención médica, se denomina “**determinación de la organización**”.

Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “**determinación 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” dentro de las 72 horas, para servicios médicos, o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con los siguientes dos requisitos:

- *Solo puede solicitar* cobertura para la atención médica que *no haya recibido*.
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de los plazos estándar podría *causar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico nos indica que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que realice lo siguiente:
 - Explicar que utilizaremos los plazos estándar.
 - Le explicaremos que si su médico solicita una decisión rápida, se la brindaremos automáticamente.
 - explicar que puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Primero llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o proveamos cobertura de la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

Paso 3: consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar, utilizamos los plazos estándar

**CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días corridos posteriores a la recepción de su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **nos podríamos tomar hasta 14 días corridos más** si la solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos demoramos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorarnos en tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si usted considera que *no* deberíamos tomar 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 al proceso de apelaciones y decisiones de cobertura. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas.)

Para las decisiones de cobertura rápida utilizamos un plazo de tiempo acelerado

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 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 dentro de las 24 horas.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo, o si necesitamos más tiempo que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días más**. Si nos demoramos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorarnos en tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que no debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” (consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos una decisión.
- **Si rechazamos, en todo o en parte, su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita con los motivos del rechazo.

Paso 4: si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, la puede apelar.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que usted desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

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

Sección 5.3 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se llama una **“reconsideración”** del plan.

La “apelación rápida” también se llama **“redeterminación expedita”**.

Paso 1: decida si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

Una “apelación estándar” generalmente se hace en un plazo de 30 días. Una “apelación rápida” generalmente se presenta en un plazo de 72 horas.

- Si apela una decisión que tomamos acerca de la cobertura de atención que aún no recibió, usted o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”. Si su médico nos indica que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que los requisitos para obtener una “decisión rápida sobre la cobertura” que se incluyen en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: solicite una apelación o una apelación rápida a nuestro plan

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días corridos** después de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para comunicarle sobre nuestra respuesta con respecto a la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene un buen motivo para no haberlo hecho, explique la razón de la demora de su apelación cuando la presente. Es posible que le otorguemos más tiempo para que presente su apelación. Algunos ejemplos de razones justificadas pueden incluir: haber tenido una enfermedad grave que impidió que se comunicara con nosotros o haberle proporcionado información incorrecta o incompleta acerca del plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden añadir información adicional para respaldar su apelación.**

Paso 3: consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan está revisando su apelación, analizamos cuidadosamente toda la información. Revisamos si seguimos todas las reglas cuando denegamos su solicitud.
- Si es necesario, recopilaremos más información y posiblemente nos comunicaremos con usted o con su médico.

Plazos para una “apelación rápida”

**CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- Para las apelaciones rápidas debemos responderle **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorarnos hasta más de 14 días corridos** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos demoramos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o cuando termine el período extendido si nos tomamos días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en donde una organización de revisión independiente revisará la solicitud. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación del Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es positiva para una parte o para todo lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una “apelación estándar”

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días corridos** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado 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 estado médico así lo exige.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorarnos hasta más de 14 días corridos** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos demoramos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tomarnos un tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si cree que *no* debemos tomarnos más días, puede presentar una “queja rápida”. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta en menos de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas.)
 - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al final del plazo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, para que la revise una Organización de Revisión Independiente. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación del Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es positiva para una parte o para todo lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo de 30 días corridos si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días corridos** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

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

- Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación, la enviaremos automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: cómo se hace una Apelación de Nivel 2

Términos legales

El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es la “**Entidad de revisión independiente**”. A veces se le denomina “**IRE**”.

La **Organización de Revisión Independiente** es una organización independiente que Medicare contrata. No está vinculada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o se debe cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- Enviaremos a esta organización la información relacionada con su apelación. Esta información se denomina “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si en el Nivel 1 tuvo una “apelación rápida”, también tendrá una “apelación rápida” en el Nivel 2

- En el caso de una “apelación rápida”, la Organización le deberá dar una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** a partir del momento en que la reciba.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que podría beneficiarle a usted, **podría tardar hasta 14 días corridos más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse un tiempo adicional para tomar una decisión si la solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si en el Nivel 1 tuvo una “apelación estándar”, también tendrá una “apelación estándar” en el Nivel 2

- En el caso de una “apelación estándar”, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión le deberá dar una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días corridos** a partir del momento en que recibe su apelación. Si la solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión deberá responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días corridos** a partir del momento en que recibe la apelación.

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

- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que podría beneficiarle a usted, **podría tardar hasta 14 días corridos más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse un tiempo adicional para tomar una decisión si la solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Paso 2: la organización de revisión independiente le brinda una respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones de tal decisión.

- **Si la organización de revisión responde positivamente a una parte o a toda la solicitud 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 corridos a partir del momento en que recibamos la decisión de la organización de revisión, en el caso de solicitudes estándar. En el caso de las solicitudes expeditivas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en la que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión responde positivamente a una parte o a toda la solicitud para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión con respecto a las **solicitudes estándar**. En el caso de las **solicitudes expeditas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en la que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización deniega parte o toda su apelación**, eso significa que está de acuerdo con nosotros en cuanto a que su solicitud (o una parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta con la siguiente información:
 - la explicación de su decisión;
 - Le notificará el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple un determinado mínimo. En el aviso por escrito que reciba de la Organización de Revisión Independiente se le comunicará el valor en dólares que debe pagar para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si decide presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibió después de la apelación de Nivel 2.

**CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador se encarga de la apelación de Nivel 3. En la Sección 9 de este capítulo se explica sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si usted nos solicita que le paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido por atención médica?

En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las cuales es posible que tenga que solicitar un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. Además, se explica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el pago.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación para solicitar el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura para atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** si la atención médica que pagó está cubierta y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo de su atención médica en un plazo de 60 días corridos después de recibir su solicitud. Si no ha pagado los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta que indicará que no pagaremos los servicios y explicaremos las razones por las cuales no pagaremos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que usted nos solicita que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelación que describimos en la Sección 5.3.

Para las apelaciones relativas al reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días corridos después de recibir su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya recibió y pagó, 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 corridos. Si la respuesta a su apelación es positiva en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que usted solicitó a usted o al proveedor dentro de un plazo de 60 días corridos.

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

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 En esta sección, se le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le devolvamos el pago de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Para que esté cubierto, el medicamento debe utilizarse de acuerdo con una indicación médicamente aceptada. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las reglas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección se refiere únicamente a sus medicamentos de la Parte D.** A modo de simplificación, generalmente nos referimos a “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D”. También utilizamos el término “lista de medicamentos” en lugar de “Lista de medicamentos cubiertos” o “Formulario”.

- Si usted no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que usted obtenga la aprobación de nosotros antes de que lo cubramos.
- Si en su farmacia le indican que no le pueden brindar el medicamento recetado como está indicado en la receta, la farmacia le otorgarán un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura de la Parte D y apelaciones

Términos legales

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 acerca de sus beneficios y su cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección, se explica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las situaciones que se describen a continuación:

- Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Formulario) del plan **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar que retiremos una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede recibir). **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar que le permitamos pagar un monto de distribución de costos más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de distribución de costos más alto. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.4**

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

- Pagar un medicamento recetado que ya adquirió. **Solicitar un reembolso. Sección 6.4**

Si usted no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección, se describe cómo solicitar una decisión de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, a veces se denomina solicitar una **“excepción al formulario”**.

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una **“excepción del formulario.”**

Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se denomina solicitar una **“excepción de nivel.”**

Si un medicamento no está cubierto en la forma en que le gustaría que estuviera cubierto, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o profesional que receta deberá explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. A continuación, se presentan tres ejemplos de excepciones que usted, su médico o alguna otra persona que receta podría solicitarnos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no está en nuestra Lista de medicamentos.** Si acordamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto del costo compartido que se aplica a los medicamentos del Nivel 4. No puede solicitar una excepción del monto de distribución de costos que está obligado a pagar por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5, se describen las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y eliminamos una restricción para usted, entonces puede solicitar una excepción al monto de copago o coseguro que le exigimos pagar por el medicamento.
- 3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel más bajo de distribución de costos.** Cada medicamento de la Lista de Medicamentos se encuentra en uno de los cinco niveles de distribución de costos. En general, mientras más bajo sea el número del nivel de la distribución de costos, más bajo será el pago que usted haga como su parte del costo del medicamento.
 - Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en un nivel de distribución de costos menor que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de distribución de costos que se aplica a los medicamentos alternativos.

**CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos el medicamento con un costo compartido más bajo. Este sería el costo de nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de distribución de costos que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de medicamentos de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de distribución de costos que se aplica al nivel más bajo que contiene ya sea alternativas de medicamentos de marca o alternativas de medicamentos genéricos para tratar su afección.
- Usted no puede solicitarnos que modifiquemos el nivel de distribución de costos de un medicamento ubicado en el Nivel 5 de especialidad.
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, por lo general pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Información importante que se debe tener en cuenta acerca de la solicitud de excepciones**Su médico debe comunicarnos las razones médicas**

Su médico u otro profesional que receta debe enviarnos una declaración en la que se expliquen las razones médicas por las que solicita una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información provista por su médico u otro profesional que receta cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una enfermedad determinada. Estas diferentes posibilidades se llaman medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo es tan efectivo como el medicamento que usted solicita y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general, *no* aprobaremos su solicitud para una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos en el nivel de distribución de costos más bajo no funcionen igual de bien para usted o puedan causar una reacción adversa o cualquier otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación es generalmente válida hasta el final del año del plan. Esto se cumplirá siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento continúe siendo seguro y eficiente para tratar su enfermedad.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

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

Sección 6.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Términos legales

Una “decisión de cobertura rápida” se llama una “**determinación de cobertura expedita**”.

Paso 1: decida si necesita una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

Las “**decisiones de cobertura estándar**” se toman dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de la declaración de su médico. Las “**decisiones de cobertura rápidas**” se toman dentro de las **24 horas** posteriores a la recepción de la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que le demos una “decisión de cobertura rápida”. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con los siguientes dos requisitos:

- Debe estar solicitando un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsen un medicamento que ya compró).
- El uso de los plazos estándar podría causar graves daños a su salud o perjudicar su capacidad de funcionamiento.
- **Si su médico u otro profesional que receta nos indica que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o profesional que receta, decidiremos si su salud requiere que le brindemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que realice lo siguiente:
 - Explicar que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explicar que si su médico o si algún otro profesional que receta solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - Le explicaremos cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas a partir de la recepción.

Paso 2: solicite una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida.”

Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede tener acceso al proceso de decisión de cobertura en nuestro sitio web. Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito, incluidas las solicitudes que se presenten en el formulario de solicitud de determinación de cobertura de modelo de CMS o en el formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene la información de contacto. **Puede enviar su solicitud de determinación de cobertura de forma electrónica** a través de nuestro portal seguro para miembros, que puede

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

encontrar en nuestro sitio web en <https://cdrd.evscaremarkmyd.com/Coveragedetermination.aspx?ClientID=54>. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique cuál reclamación denegada está siendo apelada.

Usted, su médico (u otro profesional que receta), o su representante pueden hacerlo. También puede pedir a un abogado que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si está solicitando una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”** que es la razón médica de la excepción. Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O, su médico u otro profesional que receta pueden indicarnos por teléfono y, luego, enviar por fax o correo una declaración escrita, de ser necesario.

Paso 3: consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una “decisión de cobertura rápida”

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para las 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 daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar la solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una organización de revisión independiente la revisará.
- **Si nuestra respuesta es positiva para una parte o para todo lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar dentro de las 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos, en todo o en parte, su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita con los motivos del rechazo. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una “decisión de cobertura estándar” sobre un medicamento que todavía no ha recibido

- Debemos darle una respuesta **en el plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
 - Para las 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 daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **proporcionar la cobertura** que hemos acordado proporcionar **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos, en todo o en parte, su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita con los motivos del rechazo. También le diremos cómo puede apelar.

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

Los plazos para una “decisión de cobertura estándar” acerca del pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle una respuesta **dentro de los 14 días corridos** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar la solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una organización de revisión independiente la revisará.
- **Si nuestra respuesta es positiva para una parte o para todo lo que solicitó**, también debemos efectuarle el pago dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si rechazamos, en todo o en parte, su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita con los motivos del rechazo. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una “ redeterminación ” del plan.

Una “apelación rápida” también se denomina una “ redeterminación expedita ”.

Paso 1: decida si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

Una “apelación estándar” generalmente se presenta en un plazo de 7 días. Una “apelación rápida” generalmente se presenta en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida”

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted o su médico u otra profesional que receta deberán decidir si necesita una “apelación rápida.”
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que los requisitos para obtener una “decisión rápida sobre la cobertura” que se incluyen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: usted, su representante, médico u otro profesional que receta deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

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

- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al 855-290-5744.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito**, incluidas las solicitudes que se presenten en el Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura del Modelo de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información relativa a su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Puede enviar su solicitud de apelación de manera electrónica**, a través de nuestro portal seguro para miembros, que puede encontrar en nuestro sitio web <https://cdrd.cvscaremarkmyd.com/Coverageredetermination.aspx?ClientID=54>.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días corridos** después de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para comunicarle sobre nuestra respuesta con respecto a la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene un buen motivo para no haberlo hecho, explique la razón de la demora de su apelación cuando la presente. Es posible que le otorguemos más tiempo para que presente su apelación. Algunos ejemplos de razones justificadas pueden incluir: haber tenido una enfermedad grave que impidió que se comunicara con nosotros o haberle proporcionado información incorrecta o incompleta acerca del plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden añadir información adicional para respaldar su apelación.

Paso 3: consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Revisamos si seguimos todas las reglas cuando denegamos su solicitud. Podemos comunicarnos con usted, su médico u otro profesional que receta para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

- Para las apelaciones rápidas debemos responderle **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, 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 positiva para una parte o para todo lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos dentro de un período de 72 horas, después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o para todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explica el motivo por el cual nuestra respuesta fue negativa y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una “apelación estándar” por un medicamento que aún no ha recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días corridos** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos más pronto nuestra decisión si aún no ha recibido el medicamento y si su condición médica requiere que lo hagamos.

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

- Si no le damos una decisión dentro de los 7 días corridos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, 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 la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindarle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero **a más tardar 7 días corridos** después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa respecto a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explica el motivo por el cual nuestra respuesta fue negativa y cómo apelar nuestra decisión.

Los plazos para una “apelación estándar” acerca del pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle una respuesta **dentro de los 14 días corridos** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar la solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una organización de revisión independiente la revisará.
- **Si nuestra respuesta es positiva para una parte o para todo lo que solicitó**, también debemos efectuarle el pago dentro de los 30 días corridos después de recibir su solicitud.
- **Si rechazamos, en todo o en parte, su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita con los motivos del rechazo. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si nuestra respuesta a su apelación es negativa, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 6.6 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Términos legales

El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es la “ Entidad de revisión independiente ”. A veces se le denomina “ IRE ”.
--

La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que Medicare contrata. No está vinculada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o se debe cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

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

Paso 1: usted (o su representante, su médico u otro profesional que 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** con la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indican quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo pertinente o tomamos una decisión desfavorable en cuanto a la determinación de “riesgo” según nuestro programa de administración de medicamentos, remitiremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Enviaremos a esta organización la información relacionada con su apelación. Esta información se denomina “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle 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 examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si su salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una “apelación rápida”.
- Si la organización de revisión acepta otorgarle una “apelación rápida”, la organización debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para la “apelación estándar”

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días corridos** después de recibir su apelación si es por un medicamento que usted aún no ha recibido. Si usted solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días corridos** después de recibir la solicitud.

Paso 3: la Organización de Revisión Independiente le brinda una respuesta.

Para “apelaciones rápidas”:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada por la organización de revisión **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

Para “apelaciones estándar”:

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

- **Si la organización de revisión independiente accede a todo o parte de su solicitud de cobertura,** debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente accede a todo o parte de su solicitud de reembolso** de un medicamento que usted ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en un plazo de 30 días corridos** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza **una 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 “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”). En este caso, la Organización de Revisión Independiente le enviará una carta en la que:

- La explicación de su decisión.
- Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando alcanza un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es definitiva.
- Se le indica el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si decide presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibió después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador se encarga de la apelación de Nivel 3. En la Sección 9 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más larga si considera que el médico le está dando el alta muy pronto

Cuando ingresa en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar la enfermedad o la lesión.

Durante la hospitalización, el médico y el personal del hospital trabajarán conjuntamente con usted con el fin de prepararlo para el día en que salga del hospital. Lo ayudarán a coordinar la atención que usted pueda necesitar después de que salga.

**CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- El día que sale del hospital se llama “**fecha de alta**”.
- Su médico o el personal del hospital le informarán la fecha de alta cuando esta se haya decidido.
- Si considera que es demasiado pronto para salir del hospital, puede solicitar una hospitalización más prolongada y se analizará dicha solicitud.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le informan sus derechos

En un plazo de dos días, luego de ser ingresado al hospital, se le dará un aviso por escrito llamado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con cobertura de Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe un aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o un enfermero), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048)

- 1. Lea este aviso detenidamente y siéntase en la libertad de hacer cualquier pregunta si no lo entiende.** El aviso le indica lo siguiente:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo ordene su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde los puede obtener.
 - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital.
 - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de su alta si considera que le están dando el alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar que se atrase la fecha de su alta, de manera que cubramos la atención hospitalaria por más tiempo.
- 2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para constatar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
 - A usted o a la persona que actúe en su nombre se le pedirá que firme el aviso.
 - Firmar el aviso demuestra *únicamente* que recibió la información acerca de sus derechos. El aviso no proporciona la fecha de su alta. Firmar el aviso **no significa** que usted esté de acuerdo con la fecha del alta.
- 3. Conserve una copia** del aviso firmado para que tenga a la mano la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.
 - Si firma el aviso con más de dos días de antelación a la fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha de alta programada.

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

- Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para Miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 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.

Sección 7.2 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que cubramos sus servicios para pacientes hospitalizados por un tiempo más largo, tendrá que utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de que comience, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame al State Health Insurance Assistance Program, una organización del Gobierno que proporciona asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Verifica si la fecha programada para el alta es médicamente adecuada.

Esta **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes el Gobierno federal paga para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas cubiertas por Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para las personas con Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre 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 rápido:

- Para presentar una apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de irse del hospital y **no después de la medianoche del día de su alta**.
 - **Si cumple con este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha planificada para el alta *sin pagar nada* 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 **no cumple con este plazo** y decide permanecer en el hospital después de su fecha programada para el alta, *es posible que usted deba pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha planificada para el alta.
- Si se le ha vencido el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y aún desea presentar una apelación, debe presentar la apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener más información acerca de esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Una vez que usted solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente al que fuimos contactados, le entregaremos un **Aviso detallado de alta**. En este aviso se indica la fecha de alta programada y se explican detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un ejemplo de aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted (o a su representante) el motivo por el cual cree que la cobertura de los servicios debe continuar. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos proporcionado.
- Antes del mediodía del día siguiente al que los revisores nos informaron de su apelación, recibirá una notificación por escrito en la que se le indicará la fecha del alta programada. Este aviso también explica detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: en el plazo de un día completo después de recibir toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará su respuesta en cuanto a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es positiva?

- Si la respuesta de la organización de revisión es *positiva*, **debemos continuar brindando sus servicios hospitalarios cubiertos como paciente internado durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**

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

- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos si corresponde). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta de la organización de revisión es *negativa*, significa que están afirmando que su fecha programada para el alta es médicamente adecuada. Si esto sucede, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios como paciente internado terminará** al mediodía del día *después* de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé a usted la respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **tendrá que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé una respuesta a su apelación.

Paso 4: si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la respuesta de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad es *negativa* y usted permanece en el hospital después de la fecha programada para el alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

<h3>Sección 7.3 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital</h3>
--

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron respecto a su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de su estancia después de su fecha programada para el alta.

Paso 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días corridos** después de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Usted puede pedir esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad analizarán de nuevo cuidadosamente 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 corridos a partir de la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y le comunicarán la decisión.

Si la respuesta de la organización de revisión es positiva:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde del costo de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad denegó su primera apelación. **Debemos seguir proporcionando cobertura para su atención hospitalaria como paciente internado durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y se podrían aplicar limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización de revisión es negativa:

- Esto significa que ellos están de acuerdo con la decisión que tomaron respecto a su apelación de Nivel 1. Esto se llama "defender la decisión."
- El aviso que usted reciba le indicará, por escrito, lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea continuar con su apelación y pasar al Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si decide presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibió después de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador se encarga de la apelación de Nivel 3. En la Sección 9 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4	¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su Apelación de Nivel 1?
--------------------	--

Términos legales

Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se conoce como una " apelación expedita ".
--

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explicó anteriormente, usted debe actuar rápido para iniciar su apelación de Nivel 1 a su fecha del alta del hospital. En el caso de que no cumpla el plazo para comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si utiliza esta otra forma para presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

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

Paso a paso: cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Paso 1: comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- **Solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos está pidiendo que le demos una respuesta utilizando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándar”. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

Paso 2: realizamos una “revisión rápida” de su fecha de alta programada para verificar si era médicamente adecuada.

- Durante esta revisión, analizaremos toda la información acerca de su hospitalización. Revisamos si su fecha prevista de alta fue médicamente apropiada. Comprobamos si la decisión sobre cuándo debe abandonar el hospital fue justa y siguió todas las reglas.

Paso 3: le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de solicitar una “revisión rápida”.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que estamos de acuerdo con usted en que todavía necesita estar en el hospital después de la fecha de alta. Seguiremos proporcionando sus servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos por el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que hemos acordado reembolsarle la parte que nos corresponde del costo de atención que recibió desde la fecha en que le dijimos que su cobertura terminaría. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación,** lo que estamos diciendo es que la fecha de alta programada era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de sus servicios para pacientes hospitalizados finaliza a partir del día que dijimos que la cobertura habría terminado.
 - Si permaneció en el hospital *después* de la fecha de alta programada, entonces **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de esa fecha.

Paso 4: si rechazamos su apelación, su caso se envía *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: proceso de apelación *alternativo* de Nivel 2

Términos legales
El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es la “ Entidad de revisión independiente ”. A veces se le denomina “ IRE ”.

La organización de revisión independiente es una organización independiente que Medicare contrata. No está vinculada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o se debe cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

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

Paso 1: enviaremos de forma automática su caso a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas después del momento en que le indicamos que denegamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: la organización de revisión independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de un período de 72 horas.

- Los revisores en la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación al alta del hospital.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, debemos reembolsarle la parte que nos corresponde del costo de la atención hospitalaria desde la fecha de su alta programada. También debemos continuar con su cobertura del plan para servicios para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que ellos están de acuerdo con respecto a que su fecha de alta programada era médicamente apropiada.
 - La notificación por escrito que reciba de la Organización de Revisión Independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3, y el proceso de revisión estará a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 3: si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted elige si desea continuar con esta.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o continuar con la apelación de Nivel 3.
- En la Sección 9 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que la cobertura concluye prematuramente

Sección 8.1 *Esta sección trata únicamente sobre tres servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).*

Cuando recibe **servicios de atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios)**, usted tiene derecho a seguir recibiendo los 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 momento de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, estamos obligados a informárselo con anticipación. Cuando termina la cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo por su atención.*

Si considera que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le indicaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura

Términos legales

“Aviso de no cobertura de Medicare”. Le indica cómo puede solicitar una **“apelación acelerada”**. Solicitar una apelación acelerada es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura acerca de cuándo suspender su atención.

- 1. Usted recibe una notificación por escrito** por lo menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le indica lo siguiente:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir la atención médica de usted.
 - Cómo solicitar una “apelación acelerada” para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención por un período de tiempo más largo.
- 2. A usted o a la persona que actúe en su nombre se le pedirá que firme el aviso por escrito para indicar que lo recibió.** Firmar el aviso demuestra *únicamente* que recibió la información acerca de cuándo se suspenderá su cobertura. **Firmarla no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender su atención.

**CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo**

Si desea solicitarnos que cubramos su atención por un período más largo, tendrá que utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de que comience, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame al State Health Insurance Assistance Program, una organización del Gobierno que proporciona asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención médica es médicamente adecuada.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos de atención médica a quienes el gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: presente su apelación de nivel 1: comuníquese con la Organización para el mejoramiento de la calidad y pida una *apelación acelerada*. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de la 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 rápido:

- Para iniciar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a más tardar **al mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor indicada** en el Aviso de la no cobertura de Medicare.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Si se le ha vencido el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y aún desea presentar una apelación, debe presentar la apelación directamente ante nosotros. Para obtener más información acerca de esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

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

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

Términos legales

“Explicación detallada de no cobertura”. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted (o a su representante) el motivo por el cual cree que la cobertura de los servicios debe continuar. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan les ha proporcionado.
- Una vez que los revisores nos comuniquen su apelación, usted recibirá la **Explicación detallada de no cobertura**, la cual explica en forma detallada nuestras razones para terminar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: en un plazo de un día completo después de que tengan toda la información necesaria, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores es positiva?

- Si los revisores aceptan su apelación, entonces **debemos seguir brindando sus servicios cubiertos mientras sea médicamente necesario.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta de los revisores es *negativa*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos comunicado.**
- Si usted decide seguir recibiendo los servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha de finalización de su cobertura, entonces **deberá pagar el costo total** de esta atención.

**CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

Paso 4: si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1, y usted elige continuar recibiendo atención después de que la cobertura de su atención haya terminado, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo
--

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron respecto a la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- Usted debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad respondió que *no* a su apelación de Nivel 1. Usted puede pedir esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que la cobertura para la atención finalizó.

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad analizarán de nuevo cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: en un plazo de 14 días a partir de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y le comunicarán la decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde del costo por la atención que recibió desde la fecha en que le indicamos que terminaba su cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y se podrían aplicar limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Esto significa que ellos están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto a su apelación de Nivel 1.

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

- El aviso que usted reciba le indicará, por escrito, lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Este le dará información detallada sobre cómo continuar al siguiente nivel de apelación, que maneja un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea proseguir con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si decide presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibió después de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador se encarga de la apelación de Nivel 3. En la Sección 9 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5	¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su Apelación de Nivel 1?
--------------------	--

Puede presentar una apelación ante nosotros

Según se explicó anteriormente, usted debe comunicarse rápidamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a fin de iniciar su primera apelación (en un plazo de uno o dos días, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si utiliza esta otra forma para presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: cómo hacer una apelación *alternativa* de Nivel 1

Términos legales

Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se conoce como una “ apelación expedita ”.
--

Paso 1: comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- **Solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos está pidiendo que le demos una respuesta utilizando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándar”. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

Paso 2: hacemos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volveremos a revisar toda la información de su caso. Nos aseguramos de seguir todas las reglas cuando fijamos la fecha en que se dará por terminada la cobertura del plan para los servicios que estaba recibiendo.

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

Paso 3: le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de solicitar una “revisión rápida”

- **Si aceptamos su apelación rápida**, eso significa que estamos de acuerdo con que usted necesita los servicios por más tiempo y le seguiremos brindando los servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle la parte que nos corresponde del costo de atención que recibió desde la fecha en que le dijimos que su cobertura terminaría. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si nuestra respuesta a su apelación es negativa**, su cobertura terminará en la fecha que le hemos indicado y no pagaremos ninguna parte de la distribución de costos después de esta fecha.
- Si usted continúa recibiendo atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que indicamos que finalizaría su cobertura, entonces usted **tendrá que pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si rechazamos su apelación, su caso se envía automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Términos legales

El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es la “**Entidad de revisión independiente**”. A veces se le denomina “**IRE**”.

Paso a paso: proceso de apelación *alternativo* de nivel 2

Durante la apelación de nivel 2, una **organización de revisión independiente** analiza la decisión que tomamos con respecto a su “apelación rápida”. Esta organización decide si debemos cambiar la decisión que tomamos. **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que Medicare contrata.** Esta organización no está vinculada con nuestro plan y no es una agencia del Gobierno. Esta organización es una compañía seleccionada por Medicare para encargarse del trabajo de ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: enviaremos de forma automática su caso a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas después del momento en que le indicamos que denegamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

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

Paso 2: la organización de revisión independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de un período de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, entonces debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. Debemos seguir proporcionando la cobertura de su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que ellos están de acuerdo con la decisión de nuestro plan respecto a su primera apelación y que no la cambiarán.
- El aviso que recibe de la organización de revisión independiente le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con una apelación de nivel 3.

Paso 3: si la organización de revisión independiente no acepta su apelación, usted elige si desea continuar con esta.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si decide presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibió después de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- En la apelación de Nivel 3, un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador revisa su apelación. En la Sección 9 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar una apelación al Nivel 3 y a niveles posteriores

Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser la adecuada para usted si presentó una apelación en los Niveles 1 y 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por el cual presentó la apelación cumple con ciertos niveles mínimos, usted podría continuar con los niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no puede presentar ninguna otra apelación. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera muy similar. La revisión de su apelación la gestionan las siguientes personas en cada uno de estos niveles.

**CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

Apelación de Nivel 3 Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador que trabaja para el Gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no haber terminado*.** A diferencia de 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 la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días corridos después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con la documentación necesaria. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en cuestión.
- **Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *podría o no terminar*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. 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 es parte del Gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de la apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *podría o no terminar*.** A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que le sea favorable. Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *podría o no terminar*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le informará si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con esta 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 *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal del Distrito Federal.

Sección 9.2 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser la adecuada para usted si presentó una apelación en los Niveles 1 y 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento por el cual presentó la apelación cumple con un determinado monto en dólares, usted podría continuar con los niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede presentar más apelaciones. En la respuesta que reciba por escrito a su apelación en el Nivel 2, se explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para presentar una apelación en el Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera muy similar. La revisión de su apelación la gestionan las siguientes personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones termina.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el juez de Derecho Administrativo o el abogado mediador **dentro de un período de 72 horas (24 horas para apelaciones expeditas) o hacer el pago a más tardar 30 días corridos** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *podría* o *no* terminar.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. 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 es parte del Gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones termina.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Consejo **dentro de un período de 72 horas (24 horas para apelaciones expeditivas) o hacer el pago a más tardar en 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *podría* o *no* terminar.**

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

- Si usted decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
- Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisar la apelación, el aviso le informará si las reglas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5. También le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal del Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se acepta su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal del Distrito Federal.

CÓMO PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipo de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas *solo* se utiliza para ciertos tipos de problemas. Por ejemplo, los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, se describen algunos ejemplos de las clases de problemas que se manejan mediante el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? • ¿No está satisfecho con nuestros Servicios para Miembros? • ¿Considera que lo están motivando a retirarse del plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado tiempo hasta conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado tiempo a los médicos, farmacéuticos o a otros profesionales de la salud? ¿O a nuestros Servicios para Miembros u otro personal del plan?

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

Queja	Ejemplo
	<ul style="list-style-type: none"> Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera, en la sala de examen o para recibir una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> ¿Está insatisfecho con la limpieza o la condición de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
Información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> ¿No lo notificamos con la debida anticipación? ¿Nuestra información por escrito es difícil de entender?
Prontitud (Estos tipos de quejas se relacionan con la prontitud de nuestras acciones respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones)	<p>Si usted ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que no le respondemos con suficiente prontitud, puede presentar una queja por nuestra lentitud. A continuación, se presentan algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Usted nos solicitó una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” y rechazamos la solicitud, por lo que puede presentar una queja. Si cree que no estamos cumpliendo los plazos de las decisiones de cobertura o de las apelaciones, puede presentar una queja. Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos de cobertura o reembolso por ciertos servicios médicos o medicamentos que se aprobaron, puede presentar una queja. Si cree que no cumplimos los plazos requeridos 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 conoce como “**queja formal**”.
- “**Presentar una queja**” también se conoce como “**presentar una queja formal**”.
- “**Utilizar el proceso para presentar reclamos**” también se denomina “**Utilizar el proceso para presentar una queja**”.
- Una “**queja rápida**” también se conoce como una “**queja expedita**”.

**CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 10.3 Paso a paso: presentar una queja****Paso 1: comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.**

- **Por lo general, el primer paso es comunicarse con Servicios para Miembros.** Si hay algo más que debe hacer, Servicios para Miembros se lo hará saber.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, responderemos su queja por escrito.
- **Proceso para quejas formales estándar:** Usted puede presentar una queja formal mediante una llamada a Servicios para Miembros al número que figure en el dorso de este cuadernillo. A menudo podemos resolver su queja formal durante la llamada. Si no podemos resolver su queja formal durante la llamada, remitiremos su preocupación para que se haga una investigación más exhaustiva. También puede enviarnos su preocupación por escrito.

Envíe quejas por escrito sobre su cobertura médica a la siguiente dirección:

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Appeals and Grievances

P.O. Box 3626

Scranton, PA 18505

Envíe las quejas sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D por escrito a la siguiente dirección:

Grievance Department

P.O. Box 30016

Pittsburgh, PA 15222-0330

Debe enviarnos su queja formal verbalmente o por escrito dentro de los 60 días posteriores al evento o incidente. Responderemos a su queja formal dentro de los 30 días calendario.

- **Quejas formales expeditivas:** Si tiene una queja formal expeditiva, la cual es una queja sobre lo siguiente:
 - Nuestra decisión de solicitar una extensión para una determinación de cobertura o apelación, la cual extendería el plazo 14 días más para brindar una decisión; o
 - nuestra decisión de no acelerar su solicitud para una determinación de cobertura o apelación;usted debe llamar a Servicios para Miembros. Se revisará una queja formal expeditiva dentro de las 24 horas posteriores a su recepción. Lo llamaremos para comunicarle el resultado de su queja formal expeditiva.
- La **fecha límite** para presentar una queja es de 60 días corridos desde el momento en que tuvo el problema por el que desea presentar una queja.

Paso 2: Revisamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, podríamos darle una respuesta durante la misma llamada telefónica.

**CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- **La mayoría de las quejas se responden dentro de 30 días corridos.** Si necesitamos más información y esta demora lo beneficia, o si usted solicita más tiempo, nos podríamos tomar hasta 14 días corridos adicionales (44 días corridos en total) para responder a su queja. Si decidimos demorar más días, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si está presentando una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le aprobaremos una “queja rápida”.** Si tiene una “queja rápida”, significa que le daremos **una respuesta en un período de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad por el problema del que se queja, incluiremos nuestros motivos en nuestra respuesta.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja se refiere a *la calidad de la atención*, también tiene otras dos opciones:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos de atención médica a quienes el Gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

O

- **Usted puede presentar su queja a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

*Cómo finalizar la membresía en el
plan*

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced puede ser **voluntaria** (su propia decisión) o **involuntaria** (no es su propia decisión):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *desea* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo finalizar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que se nos exige que terminemos su membresía. La Sección 5 explica las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si usted abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionando su atención médica y medicamentos recetados y usted continuará pagando su parte de los costos hasta que termine su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar la membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Usted puede poner fin a su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede finalizar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el “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**.
- **Elija conservar su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año siguiente.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos recetados.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - **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 su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía terminará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Usted puede poner fin a su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tendrá 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 de enero al 31 de marzo.**
- **Durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** usted puede:
 - Cambiar a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Anular su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiar a Original Medicare durante este período, puede también inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento.
- **Su membresía terminará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o recibamos su solicitud para cambiar a Original Medicare. Si usted también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en ese plan se iniciará el primer día del mes después de la fecha en que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En determinadas situaciones, usted puede poner fin a su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, es posible que los miembros de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced reúnan los requisitos para poner fin a su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

- **Puede ser elegible para finalizar su membresía durante un período de inscripción especial** si cualquiera de los siguientes se aplica 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):
 - Generalmente, cuando se ha mudado.
 - Si tiene Medicaid a través del Departamento de Salud de Maryland.
 - Si reúne los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar sus medicamentos recetados de Medicare.
 - Si violamos nuestro contrato con usted.
 - Si recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención de largo plazo (Long Term Care, LTC).
 - Si usted se inscribe en el Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE).

Nota: Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En la Sección 10 del Capítulo 5, se brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían en función de su situación.

Para averiguar si cumple con los requisitos para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si usted reúne los requisitos para poner fin a su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos recetados. Puede elegir entre las siguientes opciones:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- *u* – Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

Nota: Si usted anula su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días corridos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si, luego, se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Generalmente, **su membresía acabará** el primer día del mes después de que se reciba su solicitud para cambiar de plan.

Si recibe Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede poner fin a su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede:

- **Llamar a Servicios para Miembros.**
- Puede encontrar la información en la guía *Medicare y Usted 2023*.
- Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar la membresía en nuestro plan?

En la siguiente tabla se explica cómo debería ponerle fin a su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">• Otro plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Inscribese en el nuevo plan de salud de Medicare.• Se anulará automáticamente su inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado. 	<ul style="list-style-type: none"> Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos con receta médica de Medicare. Se anulará automáticamente su inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado. 	<ul style="list-style-type: none"> Envíenos una solicitud por escrito para anular su inscripción. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo. También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se anule su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Se anulará su inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced cuando comience su cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice la membresía, deberá seguir obteniendo los servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo la atención médica y los medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe usando nuestras farmacias de la red o los servicios de farmacia de pedido por correo para surtir sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que le den de alta** (incluso si le dan de alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced debe finalizar la membresía en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced debe finalizar su membresía en el plan si se da alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no cuenta con la Parte A ni con la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si usted ya no es ciudadano estadounidense o no reside de forma legal en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro con cobertura de medicamentos recetados que pueda tener.
- Si nos proporciona información incorrecta de manera intencional cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
- Si continuamente se comporta de manera inapropiada y nos dificulta la tarea de proporcionarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
 - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare puede solicitar al Inspector General que investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan durante tres meses.
 - Debemos avisarle por escrito que tiene tres meses para pagar la prima del plan antes de que cancelemos su membresía.
- Si tiene que pagar la cantidad extra de la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare lo dará de baja de nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicios para Miembros.

Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced no está permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que se le está pidiendo que abandone 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 7 días de la semana (TTY 1- 877-486-2048).

Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestras razones para darla por terminada. También debemos explicarle cómo usted puede presentar una queja formal o una queja acerca de nuestra decisión de finalizar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las reglamentaciones creadas bajo la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que brinden 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 de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible y todas las demás leyes que se apliquen a organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y norma que se aplique por alguna otra razón.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el 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 la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. 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.html>.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para Miembros. Si desea presentar una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. Según las reglamentaciones de los CMS en el Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), secciones 422.108 y 423.462, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced, como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría según

CAPÍTULO 11. Avisos legales

las reglamentaciones de los CMS en los subapartados B a D del apartado 411 del Título 42 del CFR, y las reglas establecidas en esta sección reemplazan a cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Responsabilidad civil ante terceros y subrogación

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced tiene derechos de subrogación y reembolso. La subrogación requiere que usted le ceda a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced todo derecho que pueda tener contra un tercero. Un tercero es cualquier persona, corporación, compañía aseguradora u otra entidad que pueda ser responsable ante usted por una lesión o enfermedad. Este derecho se aplica a la cantidad de beneficios pagados por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced por lesiones o enfermedades donde un tercero podría ser responsable. Al plan se le entregan los mismos derechos de subrogación y recuperación que están disponibles para el Programa Medicare bajo las reglas de Pagador secundario de Medicare. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced puede usar cualquier derecho de recuperación que esté disponible para el programa Medicare bajo 42 U.S.C. § 1395mm(e)(4), 42 U.S.C. § 1395w-22(a)(4), 42 C.F.R. Parte 411, y 42 C.F.R. Parte 422.

Recuperación significa tener éxito en una demanda, para cobrar u obtener una cantidad; obtener una sentencia favorable o definitiva; obtener una cantidad de cualquier manera legal; un monto finalmente cobrado o el monto de la sentencia como resultado de una acción entablada contra un tercero o que involucre reclamaciones de automovilistas sin seguro o con seguro insuficiente. Una recuperación no incluye los pagos que se le realizan a usted bajo una póliza de protección contra lesiones personales. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced no recuperará gastos médicos de su parte, a menos que usted recupere gastos médicos en causa de acción.

- A.** Debe notificar a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced tan pronto como sea razonablemente posible que un tercero pueda ser responsable de las lesiones o enfermedades para las que se proporcionan o pagan los beneficios.
- B.** En la medida en que los pagos reales realizados por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced sean resultado del suceso que dio origen a la causa de acción, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced será subrogado y tendrá éxito en cualquier derecho de recuperación que usted pueda tener contra cualquier persona u organización.
- C.** Usted deberá pagar a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced el monto recuperado por demanda, liquidación u otro modo de cualquier compañía aseguradora de un tercero, cualquier cobertura de conductor no asegurado o con un seguro insuficiente, o según lo permita la ley, en la medida en que los pagos reales realizados por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced sean resultado del suceso que dio origen a la causa de acción.
- D.** Usted debe proporcionar información y asistencia, y ejecutar documentos que CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced pueda requerir para facilitar la aplicación de estos derechos. Usted no realizará ningún tipo de acción que perjudique los derechos e intereses de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced.

CAPÍTULO 11. Avisos legales

- E.** En una reclamación de subrogación que surja de una reclamación de lesión personal, el monto recuperado por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced puede reducirse de la siguiente manera:
- 1.** Dividiendo el monto total de la recuperación de lesiones personales entre el monto total de los honorarios del abogado incurridos por la persona lesionada por servicios prestados en relación con la reclamación de la persona lesionada; y
 - 2.** Multiplicando el resultado por la cantidad de la reclamación de subrogación de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced. Este porcentaje no puede exceder un tercio ($1/3$) de la reclamación de subrogación de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced.
- F.** A pedido por escrito por parte de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced, usted o su abogado que exige una reducción de la reclamación de subrogación entregará a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced su certificación que indica el monto de los honorarios del abogado incurridos.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de términos importantes

CAPÍTULO 12. Definiciones de términos importantes

Centro de cirugía ambulatoria: se trata de una entidad que trabaja exclusivamente para brindar servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios que no necesitan ser hospitalizados y cuya estancia en el centro no se espera que supere las 24 horas.

Período de inscripción anual: el período de tiempo del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año cuando los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o cambiarse a Original Medicare.

Apelación: una apelación es algo que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud de cobertura de servicios de atención médica o de medicamentos recetados, o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender servicios que esté recibiendo.

Facturación de un saldo: ocurre cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente un monto más alto que el monto de distribución de costos permitido del plan. Como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced, usted solo tiene que pagar el monto de la distribución de costos del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No les permitimos a los proveedores “facturar un saldo” o de otro modo cobrarle una cantidad mayor que el monto de distribución de costos que su plan indica que debe pagar.

Período de beneficios: la forma en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de servicios hospitalarios y de un centro de enfermería especializada (SNF). Tanto para Original Medicare como para nuestro plan, un período de beneficios comienza el día en que usted va a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención especializada en un SNF durante 60 días seguidos. Si ingresa a un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficios, empezará un nuevo período de beneficios. La cantidad de períodos de beneficios es ilimitada. Para nuestro plan, un período de beneficios comienza el día en que usted entra en un hospital como paciente internado. El período de beneficios finaliza cuando se le da el alta del hospital. Si ingresa en un hospital como paciente internado después de la finalización de un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios en el que se reinician los copagos. La cantidad de períodos de beneficios es ilimitada.

Medicamento de marca: es un medicamento recetado que fabrica y vende la empresa farmacéutica que originalmente realizó la investigación y lo desarrolló. Los medicamentos de marca tienen una fórmula con los mismos ingredientes activos que los de la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes y generalmente no están disponibles hasta después de que la patente del medicamento de marca haya vencido.

Etapas de cobertura en caso de catástrofe: período en el beneficio de medicamentos de la Parte D en el que usted paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre hayan gastado \$7,400 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Coseguro: una cantidad que se le puede solicitar que pague expresada como un porcentaje (por ejemplo, 20%) como su distribución del costo de los servicios o medicamentos recetados.

CAPÍTULO 12. Definiciones de términos importantes

Queja: el nombre formal de “presentar una queja” es “presentar una queja”. El proceso de quejas se usa *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, que incluye fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago: un monto que quizá deba pagar como su parte del costo por un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. Un copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10) y no un porcentaje.

Distribución de costos: la distribución de costos hace referencia a los montos que un miembro tiene que pagar cuando se reciben medicamentos o servicios. (Esto se suma a la prima mensual del plan.) El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tipos de pagos: (1) cualquier monto de “copago” fijo que requiere un plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (2) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Niveles de distribución de costos: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se incluye en uno de los cinco niveles de distribución de costos. Generalmente, cuanto más alto es el número del nivel de distribución de costos, más alto es el costo del medicamento.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si el plan cubre un medicamento recetado y el monto que el miembro debe pagar por el medicamento recetado, si corresponde. En general, si usted lleva su receta médica a una farmacia y la farmacia le informa que su plan no cubre la receta médica, eso no es una determinación de cobertura. Usted debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal acerca de la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

Medicamentos cubiertos: término que utilizamos para describir a todos los medicamentos recetados que cubre nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

Cobertura de medicamentos recetados acreditable: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando reúnen los requisitos para recibir Medicare, en general, pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Atención de custodia: es la atención personal que se brinda en un centro de convalecencia, un centro de cuidados paliativos u otro centro cuando usted no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención de custodia, proporcionada por personas que

CAPÍTULO 12. Definiciones de términos importantes

no tienen las habilidades o capacitación profesional, incluye la ayuda con actividades diarias como bañarse, vestirse, comer, acostarse o pararse de la cama o de una silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como la aplicación de gotas para los ojos. Medicare no paga la atención de custodia.

Tasa diaria de distribución de costos: puede aplicarse cuando su médico le receta un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. La tasa diaria de distribución de costos es el copago dividido entre el número de días en el suministro de un mes. Por ejemplo: si su copago por el suministro de un mes de un medicamento es de \$30, y el suministro de un mes de su plan es de 30 días, entonces su “tasa diaria de distribución de costos” es de \$1 por día.

Anular la inscripción o Anulación de la inscripción: el proceso de finalización de su membresía en nuestro plan.

Cargo por prescripción: una tarifa que se cobra cada vez que se despacha un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que toma al farmacéutico preparar y empaquetar el medicamento recetado.

Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME): ciertos equipos médicos que indica el médico por razones médicas. Por ejemplo, andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño por nacer), la pérdida de una extremidad, o la pérdida de la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y 2) necesario para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (EOC) e Información sobre divulgación: este documento —junto con el formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada— el cual explica su cobertura, lo que nosotros debemos hacer, sus derechos y lo que usted 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 nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que usted solicita, o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que usted solicita (una excepción al formulario).

CAPÍTULO 12. Definiciones de términos importantes

Ayuda Adicional (Extra Help): un programa estatal o de Medicare cuyo fin es ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare como, por ejemplo, primas, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico: medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) por tener los mismos principios activos que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento “genérico” funciona del mismo modo que un medicamento de marca y, por lo general, es menos costoso.

Queja formal: un tipo de queja que presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este no tiene que ver con disputas de cobertura o pago.

Asistente de atención de salud en el hogar: una persona que brinda servicios que no requieren la capacitación de un enfermero o terapeuta autorizado, como ayuda con el cuidado personal (p. ej., ayuda para bañarse, utilizar el baño, vestirse o realizar los ejercicios que le indicaron).

Hospicio: un beneficio que proporciona tratamiento especial para un miembro que ha sido diagnosticado como enfermo terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, como su plan, debemos proporcionarle una lista de los centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando primas, usted continúa siendo un miembro de nuestro plan. Eso quiere decir que puede seguir obteniendo todos los servicios médicamente necesarios, como así también los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: la estadía en un hospital cuando usted ha sido formalmente admitido en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun si se queda en el hospital de un día para otro, es posible que se le considere “paciente ambulatorio”.

Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, reportado en su declaración de impuestos del IRS (Servicio de Impuestos Internos) de hace 2 años, supera un monto determinado, usted pagará el monto de la prima estándar y un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Esto afecta a menos del 5% de las personas con Medicare, por lo que la mayoría de las personas no pagará una prima mayor.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial: es la etapa anterior al momento en que sus gastos totales en medicamentos, incluidos los montos que usted y su plan pagaron en su nombre en el año alcancen los \$4,660.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si usted es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluido el mes en que cumple 65 años, y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de los medicamentos recetados que cubre el plan.

CAPÍTULO 12. Definiciones de términos importantes

Subsidio por bajos ingresos (Low-Income Subsidy, LIS): consulte “Ayuda Adicional” (Extra Help).

Monto máximo de gastos de bolsillo: es el monto máximo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B dentro de la red. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo.

Medicaid (o Asistencia Médica): un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención están cubiertos si usted califica para Medicare y Medicaid.

Indicación medicamento aceptada: se refiere a que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) o respaldado por ciertos libros de referencia.

Medicamento necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o más, algunas personas de menos de 65 años con determinadas discapacidades, y personas con enfermedad renal en etapa terminal (en general personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo cuando los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden anular su inscripción y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiar a Original Medicare durante este período, puede también inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona cumple por primera vez con los requisitos para Medicare.

Medicare Advantage (MA) Plan: a veces llamado Medicare Part C. Un plan que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser uno de los siguientes: i) HMO, ii) PPO, un iii) plan privado de cargo por servicio (PFFS) o un iv) plan Medical Savings Account (MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un Medicare Advantage HMO o PPO plan también puede ser un Special Needs Plan (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se conocen como **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Plan de costos de Medicare: un plan de costos de Medicare es un plan operado por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o un Plan Médico Competitivo (CMP) de conformidad con un contrato de costo reembolsado según la Sección 1876(h) de la Ley.

Programa de descuentos durante la etapa sin cobertura de Medicare: un programa que brinda descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D cubiertos a los miembros

CAPÍTULO 12. Definiciones de términos importantes

de la Parte D que han llegado a la etapa del período sin cobertura y que aún no reciben “Ayuda Adicional” (Extra Help). 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 las Partes A y B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, tales como servicios dentales, de la visión o de audición que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye a todos los planes Medicare Advantage, planes de costos de Medicare, programas de demostración o piloto y Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que ayuda a pagar los medicamentos recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros para pacientes ambulatorios que la Parte A o Parte B de Medicare no cubre.

Póliza “Medigap” (seguro suplementario de Medicare): seguro suplementario de Medicare vendido por las compañías aseguradoras privadas para cubrir las “brechas” en Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (El plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro Plan o “Miembro del Plan”): persona con beneficios de Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios para Miembros: es un departamento de nuestro plan encargado de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene contrato con nuestro plan en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener los beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general para los médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el 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 brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar por los artículos o servicios cubiertos. En este documento, las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”.

Original Medicare (“Traditional Medicare” o Medicare con “Cargo por servicio”): original Medicare es un plan que ofrece el gobierno, y no es un plan de salud privado como los

CAPÍTULO 12. Definiciones de términos importantes

planes de salud Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. De acuerdo con Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren cuando se les paga a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago que establece el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto que aprueba Medicare y usted paga su parte. 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 un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted recibe de las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Proveedor o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están contratados, no pertenecen ni son gestionados por nuestro plan.

Gastos de bolsillo: consulte la definición de “Distribución de costos” más arriba. El requisito de distribución de costos del miembro por el cual debe pagar una parte de los servicios o medicamentos que recibe también se denomina requisito de gastos “de bolsillo” del miembro.

PACE plan: PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) plan combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para personas frágiles para ayudar a las personas a mantenerse independientes y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un centro de convalecencia) el mayor tiempo posible. Las personas que se hayan inscrito en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte “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. Es posible que ofrezcamos, o no, todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas como medicamentos cubiertos por la Parte D por el Congreso. Determinadas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por cada plan.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: monto que se agrega a la prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si usted permanece sin cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que cumple por primera vez con los requisitos para inscribirse en un plan de la Parte D.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un Plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan a cambio de un pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan ya sea que se reciban de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. La distribución de costos de los miembros generalmente será mayor cuando se reciban beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes PPO ponen un límite anual

CAPÍTULO 12. Definiciones de términos importantes

a sus gastos de bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto a sus gastos de bolsillo combinados totales por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico que se realiza a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica por la cobertura médica o de medicamentos recetados.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor al que consulta primero para la mayoría de los problemas médicos. En muchos planes médicos de Medicare, debe ver a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización Previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO): grupo de médicos practicantes y otros expertos de atención médica a quienes el Gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: herramienta de administración diseñada para limitar, por razones de calidad, seguridad o utilización, el uso de medicamentos seleccionados. Los límites pueden aplicarse a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período definido.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen terapia física, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Área de Servicio: un área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan médico en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, generalmente también es el área donde usted puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). El plan debe anular su inscripción si usted se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Atención en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): servicios de atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se brindan de manera continua, todos los días, en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un enfermero registrado o un médico.

Período de inscripción especial: período establecido durante el cual los miembros pueden cambiarse de plan de salud o de medicamentos, o volver a Original Medicare. Las situaciones que le pueden dar el derecho de usar un Período de inscripción especial incluyen lo siguiente: si se muda fuera del área de servicio, si obtiene “Ayuda Adicional” (Extra Help) con los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a un hogar de ancianos o si violamos nuestro contrato con usted.

CAPÍTULO 12. Definiciones de términos importantes

Plan para Necesidades Especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica especial para ciertas personas, como las que tienen tanto Medicare como Medicaid, las que viven en un hogar de ancianos o las que tienen alguna afección médica crónica.

Terapia escalonada: una herramienta de utilización que exige que usted primero pruebe otro medicamento para tratar su afección antes de que cubramos el medicamento que su médico le pueda haber recetado en un primer momento.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que tienen discapacidades, ceguera o que tienen 65 años o más. Los beneficios SSI no son los mismos que 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 temporalmente o no se puede acceder a ellos o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, usted necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios.

Servicios para Miembros de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
LLAME AL	855-290-5744 Las llamadas a este número son gratuitas. 8am-8pm EST, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, desde el 1 de abril al 30 de septiembre. Servicios para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. 8am-8pm EST, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, desde el 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	855-215-6947
ESCRIBA A	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage P.O. Box 3236 Scranton, PA 18505
SITIO WEB	www.carefirst.com/medicareadvantage

State Health Insurance Assistance Program (SHIP [Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico] de Maryland)

El State Health Insurance Assistance Program es un programa estatal que recibe fondos del Gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	410-767-1100 o al 800-243-3425
TTY	711 Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	State Health Insurance Assistance Program Maryland Department of Aging 301 West Preston Street Baltimore, MD 21201
SITIO WEB	https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx

Declaración de divulgación PRA De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.