



2024

Evidencia de Cobertura

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Evidencia de Cobertura:

Sus beneficios y servicios médicos y cobertura de medicamentos recetados de Medicare 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 de 2024. **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 De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., EST los 7 días de la semana del 1 octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, del 1 abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.

Este plan, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced, es ofrecido por CareFirst Advantage, Inc (*que opera bajo el nombre de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage*). (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* se mencionen las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a CareFirst Advantage, Inc (*que opera bajo el nombre de 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 o el coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de 2025.

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 afiliados afectados con, al menos, 30 días de anticipación.

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 más ayuda.
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

Y0154_H6067_002_MA01574_C SPN

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

Índice**Evidencia de cobertura 2024****Índice**

| | | |
|--------------------|--|-----------|
| CAPÍTULO 1: | <i>Inicio como miembro</i> | 5 |
| SECCIÓN 1 | Introducción | 6 |
| SECCIÓN 2 | ¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan? | 7 |
| SECCIÓN 3 | Materiales importantes de membresía que recibirá | 8 |
| SECCIÓN 4 | Sus costos mensuales de 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 | Funcionamiento de un plan médico adicional con nuestro plan | 16 |
| CAPÍTULO 2: | <i>Números telefónicos y recursos importantes</i> | 18 |
| SECCIÓN 1 | CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced comuníquese (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 | Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (ayuda gratuita, información y respuestas a las preguntas sobre Medicare) | 27 |
| SECCIÓN 4 | Organización de Mejoramiento de la Calidad | 28 |
| SECCIÓN 5 | Seguro Social | 29 |
| SECCIÓN 6 | Medicaid | 30 |
| SECCIÓN 7 | Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados | 31 |
| SECCIÓN 8 | Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario | 34 |
| SECCIÓN 9 | ¿Tiene algún seguro grupal o algún otro seguro médico de su empleador? | 34 |
| CAPÍTULO 3: | <i>Cómo usar el plan para sus servicios médicos</i> | 36 |
| SECCIÓN 1 | Conceptos que usted debe conocer acerca de cómo obtener cobertura para atención médica como miembro de nuestro plan | 37 |
| SECCIÓN 2 | Utilizar proveedores de la red del plan para obtener atención médica | 39 |
| SECCIÓN 3 | Cómo obtener servicios si tiene una emergencia o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre | 43 |

Índice

| | | |
|--------------------|---|------------|
| SECCIÓN 4 | ¿Cómo proceder si se le factura directamente por los gastos totales de sus servicios? | 46 |
| SECCIÓN 5 | ¿Cómo son cubiertos sus servicios médicos cuando usted participa en un estudio de investigación clínica? | 46 |
| SECCIÓN 6 | Normas para obtener atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica | 48 |
| SECCIÓN 7 | Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero | 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? | 113 |
| CAPÍTULO 5: | <i>Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D</i> | 116 |
| SECCIÓN 1 | Introducción | 117 |
| SECCIÓN 2 | Obtenga los medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan | 117 |
| SECCIÓN 3 | Los medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan | 121 |
| SECCIÓN 4 | Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos | 123 |
| SECCIÓN 5 | ¿Qué sucede si uno de los medicamentos no tiene la cobertura que usted desea? | 125 |
| SECCIÓN 6 | ¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de los medicamentos? | 127 |
| SECCIÓN 7 | ¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan? | 130 |
| SECCIÓN 8 | Surtir una receta | 131 |
| SECCIÓN 9 | Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales | 131 |
| SECCIÓN 10 | Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos | 133 |
| CAPÍTULO 6: | <i>Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D</i> | 136 |
| SECCIÓN 1 | Introducción | 137 |
| SECCIÓN 2 | Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que usted se encuentra cuando adquiere el medicamento | 139 |
| SECCIÓN 3 | Enviamos informes con la descripción de pagos por sus medicamentos y la etapa de pago en la cual usted se encuentra | 140 |

Índice

| | | |
|--------------------|---|------------|
| SECCIÓN 4 | No hay deducibles para CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced | 141 |
| SECCIÓN 5 | En la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y usted paga su parte | 142 |
| SECCIÓN 6 | Costos en la Etapa de Brecha en Cobertura | 147 |
| SECCIÓN 7 | Durante la Etapa de cobertura en caso de catástrofe, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D | 148 |
| SECCIÓN 8 | Vacunas de la Parte D. Lo que debe pagar depende de cómo y dónde las compre | 149 |
| 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> | 151 |
| SECCIÓN 1 | Situaciones en las que usted debería solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de sus medicamentos o servicios cubiertos | 152 |
| SECCIÓN 2 | Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que ha recibido | 154 |
| SECCIÓN 3 | Consideraremos la solicitud de pago y le responderemos sí o no | 155 |
| CAPÍTULO 8: | <i>Derechos y responsabilidades</i> | 156 |
| SECCIÓN 1 | Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan | 157 |
| SECCIÓN 2 | Usted tiene responsabilidades como miembro del plan | 172 |
| CAPÍTULO 9: | <i>Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i> | 174 |
| SECCIÓN 1 | Introducción | 175 |
| SECCIÓN 2 | Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada | 175 |
| SECCIÓN 3 | ¿Qué proceso debe utilizar para tratar sus problemas? | 176 |
| SECCIÓN 4 | Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones | 177 |
| SECCIÓN 5 | Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación contra una decisión de cobertura | 180 |
| SECCIÓN 6 | Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación | 188 |
| SECCIÓN 7 | Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en el hospital más prolongada si usted considera que se le está dando el alta demasiado pronto | 197 |
| SECCIÓN 8 | Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto | 205 |

Índice

| | | |
|---|---|------------|
| SECCIÓN 9 | Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más | 211 |
| SECCIÓN 10 | Cómo presentar un reclamo por la calidad de atención, tiempos de espera, atención al cliente u otros reclamos | 214 |
| CAPÍTULO 10: Finalización de su membresía en el plan | | 218 |
| SECCIÓN 1 | Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan | 219 |
| SECCIÓN 2 | ¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan? | 219 |
| SECCIÓN 3 | ¿Cómo terminar su membresía en nuestro plan? | 221 |
| SECCIÓN 4 | Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus servicios médicos, artículos y medicamentos a través de nuestro plan | 222 |
| SECCIÓN 5 | CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced debe cancelar su membresía a nuestro plan en ciertos casos | 223 |
| CAPÍTULO 11: Avisos legales | | 225 |
| SECCIÓN 1 | Aviso sobre las leyes vigentes | 226 |
| SECCIÓN 2 | Aviso de no discriminación | 226 |
| SECCIÓN 3 | Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare | 226 |
| SECCIÓN 4 | Responsabilidad civil ante terceros y subrogación | 227 |
| CAPÍTULO 12: Definiciones de términos importantes | | 229 |

CAPÍTULO 1:

Inicio como miembro

CAPÍTULO 1. Inicio 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 atención médica y medicamentos recetados. Explica sus derechos y responsabilidades, qué está cubierto, qué 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 y a los servicios médicos y medicamentos recetados que están disponibles para usted como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced.

Es importante que se informe sobre las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le sugerimos que dedique un tiempo para familiarizarse con este documento de *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* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced le brinda cobertura para su atención. Las demás partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, y los avisos que usted recibe de nosotros acerca de cambios a su cobertura o condiciones que afectan su cobertura. Estos avisos a veces se llaman *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

CAPÍTULO 1. Inicio como miembro

El contrato entra en vigencia para los meses en los que usted está inscrito en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced entre el 1.º de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced después del 31 de diciembre de 2024. También podemos elegir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio luego del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced cada año. Puede seguir cada año con la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueva su aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted puede ser elegible para convertirse en miembro de nuestro plan si cumple con los siguientes requisitos:

- Tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- -- y -- vive en nuestra área geográfica de cobertura de servicios (en la Sección 2.2 a continuación, se detalla nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas que viven en el área geográfica de servicio aunque se encuentren 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 y Prince George.

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.

CAPÍTULO 1. Inicio como miembro

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.

| |
|---|
| 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 de 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.

CAPÍTULO 1. Inicio como miembro

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.

Sección 3.2 Directorio de Proveedores

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

Debe utilizar proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si usted se encuentra en otro lugar sin la debida autorización, deberá pagar el total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios requeridos urgentemente cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced autorice el uso de servicios de proveedores fuera de la red.

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitarla a Servicios para Miembros (en formato electrónico o impreso). Las solicitudes de directorios de proveedores en formato impreso se le enviarán por correo dentro de los tres días hábiles.

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)*. La llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Especifica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por los beneficios de la Parte D incluidos en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con el asesoramiento de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la “Lista de medicamentos” de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced.

CAPÍTULO 1. Inicio como miembro

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

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

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del Plan (Sección 4.1)
- Prima Mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por Inscripción Tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Monto Ajustado 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 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” 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.

Las primas de la Parte B y D de Medicare difieren para personas con diferentes ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise en su copia del manual *Medicare y usted 2024* la sección llamada *2024 Costos de Medicare*. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual. Para 2024, la prima mensual para CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced es de \$72 en los condados de Anne Arundel, Carroll, Frederick, Hartford y Howard y \$92 en los condados de Baltimore City, Baltimore, Montgomery y Prince George.

CAPÍTULO 1. Inicio 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 de la Parte D es una prima que debe pagar por la cobertura de la Parte D, si en algún momento después de finalizado su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días o más consecutivos cuando no tiene la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D u otra cobertura válida. La cobertura válida para medicamentos recetados es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare dado que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos recetados. Deberá pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. Cuando usted se inscribe por primera vez en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced, le informamos la suma 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:

- Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar por sus medicamentos recetados.
- Ha pasado menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Usted ha tenido cobertura acreditable de medicamentos a través de otra fuente, por ejemplo, un su anterior empleador, un sindicato, TRICARE o el Department of Veterans Affairs. Su aseguradora o departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura válida. Se le puede enviar esta información en una carta o incluirla en un boletín del plan. Conserve esta información, ya que puede necesitarla para registrarse posteriormente en un plan de medicamentos de Medicare.
 - **Nota:** Cualquier aviso debe establecer que tenía una cobertura de medicamentos recetados válida y que se esperaba que pagase lo mismo que el plan de medicamentos recetados estándar 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.

Medicare determina el monto de la multa. A continuación explicamos cómo funciona:

CAPÍTULO 1. Inicio como miembro

- Si usted no tuvo cobertura de la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días o más después de reunir los requisitos para inscribirse en la Parte D por primera vez, el plan contará la cantidad de meses completos que pasó sin cobertura. La multa es del 1% por cada mes que usted no tuvo cobertura válida. Por ejemplo, si estuvo 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- Luego Medicare determina la suma de la prima mensual promedio para planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2024, el monto promedio de la prima es de \$34.70.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, y luego redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería un 14 % por \$34.70, que es igual a \$4.858. Este monto se redondea a \$4.90. Esta suma se agregaría **a la prima mensual para la persona con la multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Existen tres factores importantes a tener en cuenta sobre esta multa por inscripción tardía mensual de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar todos los años**, porque la prima mensual promedio puede variar todos los años.
- Segundo, **usted seguirá pagando** la multa todos los meses durante todo el tiempo que esté suscrito en un plan con beneficios de medicamentos de Medicare Parte D, incluso si cambia de planes.
- En tercer lugar, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años de edad, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses que no tiene cobertura después de su período de inscripción inicial para adultos en Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, usted debe solicitar esta revisión en el transcurso de los **60 días** posteriores a la fecha de la primera carta que reciba donde se indique que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, en caso que estuviera pagando una multa antes de unirse a nuestro plan, usted no tendrá otra oportunidad de solicitar una revisión sobre la 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. Inicio 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. Inicio como miembro

Opción 2: puede pagar haciendo que el monto se deduzca automáticamente de su cuenta corriente o cuenta 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. Los formularios de autorización previa de retiro bancario 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 autopago, puede comunicarse con Servicios para Miembros (los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento).

Opción 3: Deducción de la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social
Cambiar la manera en que usted paga su prima del plan

Si decide cambiar la forma de pagar su prima, es posible que deba esperar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de pagar su prima del plan a tiempo. Si desea cambiar su método de pago, comuníquese con Servicios para Miembros.

Qué hacer si está teniendo problemas para pagar su 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 le 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 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).

CAPÍTULO 1. Inicio como miembro

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. En el Capítulo 9, Sección 10 de este documento, se le indica cómo presentar una queja, o puede llamarnos al 855-290-5744 entre De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., EST, los 7 días de la semana del 1 octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, del 1 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. Detalla su plan de cobertura específico, que incluye el nombre de su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta acerca de usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de costos compartidos para usted.** Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono.

CAPÍTULO 1. Inicio como miembro

- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que usted tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, la indemnización por accidentes de trabajo o Medicaid).
- Si tiene cualquier reclamo por responsabilidad civil, como reclamos por accidentes de automóvil.
- Si se le ha internado en una residencia para ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o en una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia la persona responsable designada (como su cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** no 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 que se contacte 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.

SECCIÓN 7 Funcionamiento de un plan médico adicional con nuestro plan

Otro seguro

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

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

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

CAPÍTULO 1. Inicio como miembro

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

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

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

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

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

CAPÍTULO 2:

Números telefónicos y recursos importantes

CAPÍTULO 2. Números telefónicos y recursos importantes**SECCIÓN 1 CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced comuníquese****(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>De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., EST, los 7 días de la semana del 1 octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, del 1 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. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., EST, los 7 días de la semana del 1 octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, del 1 abril al 30 de septiembre.</p> |
| FAX | 855-215-6947 |
| ESCRIBA A | <p>CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage</p> <p>P.O. Box 3236</p> <p>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> |

CAPÍTULO 2. Números telefónicos y recursos importantes

| Método | Servicios para Miembros para medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto |
|------------------|---|
| | Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, 365 días al año. 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, 365 días al 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. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., EST, los 7 días de la semana del 1 octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, del 1 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. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., EST, los 7 días de la semana del 1 octubre al 31 de marzo, y de lunes a |

CAPÍTULO 2. Números telefónicos y recursos importantes

| Método | Decisiones de cobertura de atención médica. Información de contacto |
|------------------|--|
| | viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, del 1 abril al 30 de septiembre. |
| FAX | Servicios de hospitalización: 443-753-2341 Servicios ambulatorios: 443-753-2342 Servicios de atención domiciliaria y equipos médicos duraderos: 443-753-2343 Terapias ambulatorias: fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia: 443-753-2346 Salud conductual y consumo de sustancias: 443-753-2347 |
| ESCRIBA A | CareFirst BlueCross BlueShield Preservice Review Department 10455 Mill Run Circle, Room 11113-A Owings Mills, MD 21117 Correo electrónico: Inpatient Services: MAInpatient@carefirst.com Outpatient Services: MAOutpatient@carefirst.com Home Care Services and Durable Medical Equipment: MAHC-DME@carefirst.com Outpatient Therapies (Physical Therapy, Occupational Therapy, and Speech Therapy): MAOPAP@carefirst.com Behavioral Health and Substance Use: MABH@carefirst.com |

| Método | Apelaciones de atención médica. Información de contacto |
|-----------------|---|
| LLAME AL | 855-290-5744 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., EST, los 7 días de la semana del 1 octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, del 1 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. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., EST, los 7 días de la semana del 1 octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, del 1 abril al 30 de septiembre. |
| FAX | Recursos contra pagos médicos: 443-753-2298 Apelaciones clínicas aceleradas: 410-605-2566 |

CAPÍTULO 2. Números telefónicos y recursos importantes

| Método | Apelaciones de atención médica. Información de contacto |
|------------------|---|
| ESCRIBA A | CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Clinical Appeals and Analysis 10455 Mill Run Circle, Room 11113-A 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, 365 días al 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, 365 días al año. |
| FAX | Decisiones de cobertura estándar y acelerada: 855-633-7673 |
| ESCRIBA A | CVS Caremark Coverage Determinations/Exceptions P.O. Box 52000 Phoenix, AZ 85072-2000 |
| SITIO WEB | https://www.carefirst.com/medicare-options/compare-medicare-plans/drug-management-programs.html |

| 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, 365 días al 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. Números telefónicos y recursos importantes

| Método | Apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto |
|------------------|---|
| | Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, 365 días al año. |
| FAX | 855-633-7673 |
| ESCRIBA A | CVS Caremark Coverage Determinations/Exceptions P.O. Box 52000 Phoenix, AZ 85072-2000 |
| SITIO WEB | https://www.carefirst.com/medicare-options/compare-medicare-plans/drug-management-programs.html |

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. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., EST, los 7 días de la semana del 1 octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, del 1 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. 24 horas al 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 |

CAPÍTULO 2. Números telefónicos y recursos importantes

| Método | Quejas sobre atención médica: información de contacto |
|------------------------------|--|
| 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 . |

| 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, 365 días al 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, 365 días al 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. Números telefónicos y recursos importantes

| Método | Solicitudes de pago por atención médica: información de contacto |
|------------------|---|
| LLAME AL | 855-290-5744 De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., EST, los 7 días de la semana del 1 octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8: a. m. a 8 p. m., del 1 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. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., EST, los 7 días de la semana del 1 octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, del 1 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, 365 días al 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, 365 días al año. |
| FAX | 855-633-7673 |

CAPÍTULO 2. Números telefónicos y recursos importantes

| Método | Solicitudes de pago para medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto |
|------------------|---|
| ESCRIBA A | CVS Caremark Medicare Part D Claims Processing P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066 |
| 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 médico federal para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 con discapacidades y pacientes con insuficiencia renal en etapa terminal (insuficiencia renal crónica que requiere tratamiento con diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal que administra Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamados CMS). Esta agencia contrata los servicios de organizaciones Medicare Advantage, lo cual incluye nuestra institución.

| Método | Medicare – Información de contacto |
|------------------|--|
| LLAME AL | 1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. |
| TTY | 1-877-486-2048 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. |
| SITIO WEB | www.medicare.gov Esta es el sitio web oficial del gobierno de Medicare. En él, se brinda información actualizada de Medicare y temas actuales de Medicare. También se brinda información sobre hospitales, residencias para ancianos, médicos, agencias de atención médica domiciliaria y centros de diálisis. Se incluyen documentos que puede imprimir directamente de su computadora. También se pueden encontrar contactos de Medicare en su estado. En el sitio web de Medicare, también encontrará información detallada sobre los requisitos que debe reunir para lograr la elegibilidad en Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas: |

CAPÍTULO 2. Números telefónicos y recursos importantes

| Método | Medicare – Información de contacto |
|--------|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de Requisitos para Participar en Medicare: ofrece información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.• Localizador de Planes de Medicare: ofrece información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados disponibles de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas ofrecen un <i>cálculo aproximado</i> de sus gastos de bolsillo en los distintos planes de Medicare. <p>También puede usar el sitio web para informar a Medicare acerca de cualquier queja que tenga sobre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced:</p> <ul style="list-style-type: none">• Envíe su queja a Medicare: Puede presentar una queja sobre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. <p>Si no tiene computadora, puede usar una computadora de su biblioteca local o centro de la tercera edad para ingresar a este sitio web. O bien, puede llamar a Medicare e informarle qué información está buscando. Encontrarán la información en el sitio web y 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 Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (ayuda gratuita, información y respuestas a las preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Maryland, el SHIP se denomina State Health Insurance Assistance Program.

El State Health Insurance Assistance Program es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que obtiene fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

Los asesores de State Health Insurance Assistance Program pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas por la atención médica o el tratamiento que recibe y a solucionar cualquier problema con sus facturas de Medicare. Los asesores de State Health Insurance

Assistance Program también pueden ayudarle con sus preguntas o problemas de Medicare y ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP Y A OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> (Haga clic en el LOCALIZADOR DE SHIP en el medio de la página)
- Seleccione su ESTADO de la lista. Esto le llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

| Método | State Health Insurance Assistance Program (Maryland SHIP): Información de contacto |
|------------------|---|
| LLAME AL | 410-767-1100 o 800-243-3425 |
| TTY | 711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con 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 de 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.
- 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.

CAPÍTULO 2. Números telefónicos y recursos importantes

| 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 sábados y domingos 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.

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

CAPÍTULO 2. Números telefónicos y recursos importantes

| Método | Seguro Social. Información de contacto |
|------------------|--|
| | Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y resolver algunos asuntos las 24 horas del día. |
| TTY | 1-800-325-0778 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. Disponible de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. de lunes a viernes. |
| SITIO WEB | www.ssa.gov |

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa mixto federal y estatal que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos. Algunas personas que reciben beneficios de Medicare también pueden ser elegibles para Medicaid. Los programas que ofrece Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus gastos de dicho programa, como las primas. Estos **Programas de Ahorros de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también pueden reunir los requisitos para ser elegibles y recibir los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario Especificado de Medicare con Ingresos Bajos (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también pueden reunir los requisitos para ser elegibles y recibir los beneficios completos 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.

| Método | Maryland Medical Assistance: Información de contacto |
|-----------------|---|
| LLAME AL | 410-767-6500 o 877-463-3464 de lunes a viernes 8:30am-5pm |
| TTY | 800-735-2258 |

CAPÍTULO 2. Números telefónicos y recursos importantes

| Método | Maryland Medical Assistance: Información de contacto |
|------------------|---|
| | Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas 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 para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados

El sitio web 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>) 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).

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.

CAPÍTULO 2. Números telefónicos y recursos importantes

- 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 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 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

CAPÍTULO 2. Números telefónicos y recursos importantes

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 800-205-6308.

Maryland AIDS Drug Assistance Program

410-767-6535 o 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 State Pharmaceutical Assistance Programs (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 se denomina 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 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con 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. Números telefónicos y recursos importantes**SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario**

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> |
| SITIO WEB | rrb.gov/ |

SECCIÓN 9 ¿Tiene algún seguro grupal o algún otro seguro médico de su empleador?

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) obtiene beneficios de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) 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 acerca de sus beneficios médicos, primas, o período de inscripción (o los de su cónyuge o pareja de hecho) del empleador o de retiro. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros están impresos en el dorso 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.

CAPÍTULO 2. Números telefónicos y recursos importantes

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

CAPÍTULO 3:

*Cómo usar el plan para sus
servicios médicos*

CAPÍTULO 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos**SECCIÓN 1 Conceptos que usted debe conocer acerca de cómo obtener cobertura para atención médica 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 servicios cubiertos?

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para proveer servicios y atención médica. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **Proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su suma del costo compartido como pago total. Estos proveedores han acordado prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos emiten directamente una factura a nosotros por la atención que usted recibe. Cuando visite a un proveedor de la red, normalmente pagará solo la parte que le corresponde por el costo de los servicios cubiertos.
- Los **servicios 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 obtener atención médica cubierta por el plan

Como plan de seguro de salud de Medicare, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced debe cubrir todos los servicios que cubre Original Medicare y debe cumplir todas 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 médica que recibe se encuentra incluida en el Cuadro de beneficios médicos del plan** (este cuadro está en el Capítulo 4 de este documento).

CAPÍTULO 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted cuente con un proveedor de atención primaria (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. Esto se denomina darle a usted una remisión. Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - Las remisiones de su PCP no son necesarias en casos de atención de emergencia o de servicios requeridos urgentemente. 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** (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 en este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que usted 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 tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *Hay tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios requeridos urgentemente 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 este caso, usted pagará lo mismo que hubiera pagado si hubiera recibido esta atención a través 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.

CAPÍTULO 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- El plan cubre servicios de diálisis renal en un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o no pueda tener acceso de manera temporal. El costo compartido que usted paga al plan por la diálisis nunca puede exceder el costo compartido 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 decide obtener los servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

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

| |
|--|
| Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y supervise su atención médica |
|--|

Definición de “PCP” y qué tipo de servicios presta un PCP

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.

CAPÍTULO 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

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 le 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.

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

Por lo general, primero consultará 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 de hospital
- 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 selecciona usted 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 razón, en cualquier momento. También podría ocurrir que su PCP dejara de pertenecer a la red de proveedores de nuestro plan y usted debiera seleccionar otro PCP.

Para 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

CAPÍTULO 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

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 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?

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

- Atención médica de rutina para la mujer, lo cual incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exploraciones pélvicas, siempre que obtenga estos servicios de un proveedor 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, sin importar si usted obtiene estos servicios de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Los servicios requeridos urgentemente son servicios cubiertos que no son de emergencia, prestados cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede tener acceso a ellos de manera temporal o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, si necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que usted obtenga de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. De ser posible, antes de salir del área de servicio, llame a Servicios para Miembros, de modo que podamos ayudar a hacer las coordinaciones para que usted tenga diálisis de mantenimiento mientras esté fuera del área de servicio.
- 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.
- Consulta preventiva anual
- 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 provee servicios de atención médica para una enfermedad específica o parte del cuerpo. Existen muchos tipos de especialistas. Algunos ejemplos son los siguientes:

CAPÍTULO 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- Los oncólogos se ocupan de los pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los médicos ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares.

¿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 le 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, Sección 2.1. 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 ocurre si un especialista u otro proveedor de la red se retira de nuestro plan?

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

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le informaremos que su proveedor abandona el plan para que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si ha visto a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si cualquiera de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si se le asigna el proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si los ha visto en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para recibir atención continua.
- Si actualmente se está sometiendo a un tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que el tratamiento o terapias médicamente necesarios que está recibiendo continúen, y trabajaremos con usted para garantizar que así sea.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.

CAPÍTULO 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- Haremos los arreglos para cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con costos compartidos dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas.
- Si se entera de que su médico o especialista abandona el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y gestionar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar su proveedor anterior o que no se está gestionando su atención de forma adecuada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, un reclamo sobre la calidad de la atención al plan, o ambos. 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 si tiene una emergencia o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica**Definición de “emergencia médica” y cómo proceder en caso de tener una emergencia médica**

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, o que afecte gravemente las funciones corporales. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

En caso de una emergencia médica:

CAPÍTULO 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- **Consiga ayuda tan pronto como le sea posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o concurra a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame para solicitar una ambulancia en caso de necesitar una. *No* necesita obtener primero una aprobación o una remisión del PCP. No es necesario que acuda a 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.** Debemos realizar el seguimiento de 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.

Servicios que están cubiertos en una emergencia médica

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

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

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

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

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

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

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

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

CAPÍTULO 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos**Sección 3.2 Cómo recibir atención cuando la necesita urgentemente****¿Qué son servicios requeridos urgentemente?**

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

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 el trato muy cercano del personal de nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas.

Nuestro plan cubre servicios de urgencia y emergencia en todo el mundo fuera de los 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.

CAPÍTULO 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 4 ¿Cómo proceder si se le factura directamente por los gastos totales de sus 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 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 son cubiertos sus servicios médicos cuando usted participa en un estudio de investigación clínica?

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

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

Una vez que Medicare haya aprobado el estudio y usted exprese su interés, alguien que trabaja en el estudio se comunicará con usted para brindarle más información al respecto y verificar que reúna los requisitos establecidos por los científicos a cargo del mismo. Puede participar en el estudio siempre que reúna los requisitos para el estudio, y comprenda completamente y acepte las condiciones de participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare se hace responsable del pago de la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos

CAPÍTULO 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

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, deberá presentar la documentación que demuestre cuánto pagó. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo los demás servicios que requiere para su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) por medio de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que obtenga nuestra aprobación o la de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica sean proveedores de la red de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que nuestro plan es responsable y que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en determinaciones de cobertura nacional (national coverage determinations, NCD) y ensayos de dispositivos de investigación (investigational device trials, IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

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

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

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

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

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

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre 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 suma por los servicios que recibe como parte del estudio que la suma que pagaría si recibiera estos servicios de parte de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar 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.

El siguiente es un ejemplo de cómo funciona esta distribución de costos: Supongamos que, como parte del estudio de investigación, se le realizan análisis de laboratorio cuyo costo es de

CAPÍTULO 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

\$100. Supongamos también que su parte del costo de estos análisis es de \$20 con Original Medicare, pero la prueba solo sería de \$10 si se aplicaran los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Original Medicare. A continuación, deberá informar a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y presentar la documentación, como la factura del proveedor, al plan. Entonces, el plan le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, la misma suma que pagaría con los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago, debe presentar la documentación a su plan, como una factura del proveedor.

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

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

Más información

Si desea obtener más información acerca de cómo participar en un estudio de investigación clínica, visite el sitio web de Medicare para descargar o leer en línea la publicación *Medicare and Clinical Research Studies*. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.) También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica

| | |
|--------------------|---|
| 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).

CAPÍTULO 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos**Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud**

Para recibir atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica, deberá firmar un documento legal en el que declare que conscientemente se opone a recibir tratamientos médicos **no exceptuados**.

- Atención o tratamientos médicos **no exceptuados** se refiere a cualquier tipo de atención o tratamiento médico *voluntario y no requerido* por las leyes federales, estatales o locales.
- Tratamientos médicos **exceptuados** se refiere a cualquier tipo de atención o tratamiento médico que usted recibe que *no* es voluntario o *es requerido* por las leyes federales, del estado o locales.

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

- El centro que proporciona la atención médica debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios 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 tener una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos para atención en hospital para pacientes internados o atención en centros de enfermería especializada.
 - –y– usted debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ingresar al centro, o su internación no estará cubierta.

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 la adquisición de propiedad de equipo médico duradero

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 DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que realice por el artículo mientras sea

CAPÍTULO 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

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.

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.

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

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

- 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 abandona CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced o ya no requiere médicamente equipos de oxígeno, entonces se debe devolver el equipo de oxígeno.

¿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 su bolsillo que debe pagar por servicios cubiertos |
|--|

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

- Un **copago** es la suma fija que usted abona cada vez que recibe determinados servicios médicos. Debe abonar un copago en el momento 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. Debe pagar el coseguro en el momento que recibe el servicio médico. (El Cuadro de Beneficios Médicos de la Sección 2 le brinda más información sobre el coseguro).

La mayor parte de las personas que califican para Medicaid o para el programa de Qualified Medicare Beneficiary (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos o coseguro. Asegúrese de mostrar su evidencia de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde.

| |
|--|
| Sección 1.2 ¿Cuál es la suma máxima que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y Parte B de Medicare? |
|--|

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite en el monto 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 conoce como monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2024, este monto 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 que están 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 realicen facturaciones de saldo |
|--------------------|--|

Como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced, una medida de protección importante para usted es que solo debe pagar la suma correspondiente del costo compartido cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales por separado, lo que se denomina **facturación de saldo**. Esta medida de protección tiene validez incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e, incluso, si hay una disputa y nosotros no pagamos determinados cargos del proveedor.

Este factor de protección funciona de la siguiente manera.

- Si 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 pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan solo cubre servicios de proveedores fuera de la red en determinadas situaciones, como cuando obtiene una remisión o servicios de emergencia o requeridos urgentemente).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan solo cubre servicios de proveedores fuera de la red en determinadas situaciones, como cuando obtiene una remisión, o servicios de emergencia, o fuera del área de servicio para los servicios requeridos urgentemente).
- Si usted cree que un proveedor le ha facturado un 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 los gastos de bolsillo que usted paga por cada servicio. La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos se cubren solo cuando se reúnen los siguientes requisitos de cobertura:

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

- Los servicios cubiertos de Medicaid deben ser provistos según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Los servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.
- Usted debe recibir atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red no será cubierta, a menos que sea una atención de emergencia o de urgencia, o que su plan o un proveedor de la red le hayan dado una remisión. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Tiene un Proveedor de atención primaria (PCP) que le cuida y supervisa la atención que recibe. En la mayoría de los casos, su PCP debe otorgarle su aprobación previa antes de que usted pueda consultar otros proveedores de la red del plan. Esto se denomina darle a usted una remisión.
- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos *únicamente* si su médico u otro proveedor obtiene la aprobación por adelantado (llamada algunas veces autorización previa) de nuestra parte. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por anticipado están resaltados en el Cuadro de Beneficios Médicos en letra cursiva.

Otros puntos importantes que considerar sobre nuestra 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 saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, revise su manual *Medicare y Usted 2024*. Véalo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- 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 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.



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

Tabla de beneficios médicos

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios |
|--|---|
|  <p>Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Un solo examen preventivo de ultrasonido para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen preventivo si posee ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión para ello de parte de su médico, auxiliar médico, enfermera especializada o especialista de enfermería clínica.</p> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo.</p> |
| <p>Acupuntura para dolor crónico en la espalda baja</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Se cubren hasta 12 consultas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dolor con una duración de 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 asociado con el embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que muestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (según se define en 1861(r)(1) de la Ley de Seguro Social (la Ley)) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (PA), personal de enfermería profesional (NP) o especialistas en enfermería clínica (CNS) (tal como se indica en 1861[aa] [5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen lo siguiente:</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 más allá de los servicios cubiertos por Medicare (hasta 12 visitas por año calendario). Los servicios no cubiertos por Medicare / de rutina no cuentan para su desembolso máximo (MOOP).</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • un máster o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS exigido por nuestras reglamentaciones del título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR), artículos 410.26 y 410.27.</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 que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de traslado en ambulancia en aeronaves de alas fijas, aeronaves de alas giratorias y por tierra al centro correspondiente más cercano que pueda proveer atención a miembros con afecciones médicas para las cuales otros medios de transporte puedan poner en riesgo la salud del paciente o si lo autoriza el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otro medio de transporte podría ser peligroso para la salud del paciente y el traslado en ambulancia es médicamente necesario.</p> | <p>\$200 de copago por cada traslado terrestre de ida en ambulancia cubierto por Medicare.</p> <p>20% de coseguro del total por cada viaje en ambulancia aérea cubierta por Medicare.</p> <p>Este copago no se elimina si ingresa en un hospital.</p> |
| <p>Examen físico anual</p> <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, análisis de laboratorio, exámenes clínicos, EKG, recomendaciones de exámenes preventivos, vacunas y asesoramiento sobre comportamientos saludables.</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>Consulta preventiva anual</p> <p>Si tiene la Parte B desde hace más de 12 meses, puede obtener una consulta preventiva anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de su salud actual y sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera consulta preventiva anual no se puede realizar en los 12 meses posteriores a su consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que se haya realizado una visita de “Bienvenida a Medicare” para tener cobertura para consultas preventivas anuales luego de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva anual.</p> |
|  <p>Densitometría ósea</p> <p>Para pacientes que reúnen los requisitos (generalmente, son personas con riesgo de pérdida de masa ósea o con riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si se consideran médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluido un informe médico de los resultados.</p> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mediciones de masa ósea cubierta por Medicare.</p> |
|  <p>Prueba de detección del cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Un examen clínico de mamas cada 24 meses. | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.</p> |
| <p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p><i>Puede que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplan ciertos requisitos con la orden de un médico. El plan también cubre programas intensivos de</p> | <p>\$10 de copago por cada servicio de rehabilitación cardíaca o servicio de rehabilitación cardíaca intensiva cubierto por Medicare.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios |
|--|---|
| rehabilitación cardíaca que, por lo general, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. | |
|  Visita de reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, el médico puede analizar el uso de la aspirina (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté alimentándose de forma saludable. | No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedad cardiovascular de terapia conductual intensiva. |
|  Prueba de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses). | No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años. |
|  Pruebas de detección de cáncer cervical y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses • Si tiene alto riesgo de sufrir cáncer de cuello uterino o de vagina o si usted se encuentra en edad fértil y obtuvo un resultado no normal de la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses | No se aplica coseguro, copago ni deducible para Papanicolaou y tactos vaginales preventivos cubiertos por Medicare. |
| Servicios quiroprácticos <i>Puede que se requiera autorización previa.</i> Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación. | \$10 de copago por cada visita a un quiropráctico cubierta por Medicare. \$10 de copago por cualquier servicio quiropráctico |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios |
|---|--|
| <p>Nuestro plan también cubre servicios quiroprácticos de rutina, además de la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.</p> | <p>adicional más allá de los servicios cubiertos por Medicare (hasta 12 visitas por año calendario). Los servicios no cubiertos por Medicare / de rutina no cuentan para su desembolso máximo (MOOP).</p> |
| <p> Prueba de detección de cáncer de colon</p> <p>Las siguientes pruebas de detección están cubiertas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia previa de detección o enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen un alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Exámenes de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. | <p>No tiene que pagar coseguros, copagos o deducibles para una prueba de detección de cáncer de colon cubierta por Medicare. Si su médico encuentra y extrae un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.</p> <p>\$0 de copago por cada enema de bario cubierta por Medicare.</p> <p>Para obtener más detalles sobre la distribución de costos de la colonoscopia de diagnóstico que no forma parte de la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare, consulte la sección “Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin alto riesgo y mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva cubierta por Medicare arroja un resultado positivo. | <p>prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y en centros de cirugía ambulatoria”.</p> |
| <p>Servicios dentales</p> <p><i>Puede que se requiera autorización previa.</i></p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como las limpiezas, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare en la actualidad paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica principal de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para un cáncer que afecte la mandíbula o los exámenes orales que preceden al trasplante de riñón. Además, cubrimos:</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>D0140 – Evaluación oral limitada: centrada en el problema (una vez al día por proveedor), también disponible como modificador de teleodontología c/D9995</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 los gastos de bolsillo (MOOP).</i></p> <p>Limpiezas: \$5 de copago por servicio</p> <p>Exámenes bucales: \$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> <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 los gastos de bolsillo (MOOP).</i></p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios |
|--|--|
| <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>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> |
| Radiografías dentales: | |
| <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> | |
| Una aleta de mordida por conjunto al año: | |
| <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> | |
| Tratamiento con flúor: | |
| Solo uno de los códigos dos veces al año: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • D1206 – Aplicación tópica de barniz de flúor • D1208 – Aplicación tópica de flúor: se excluye barniz | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios |
|---|--|
|  <p>Prueba de detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen preventivo de depresión por año. El examen de detección debe hacerse en un entorno de atención médica primaria que provea tratamientos de seguimiento o remisiones.</p> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de examen de detección de depresión.</p> |
|  <p>Prueba de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos este examen de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o antecedentes de azúcar alta en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden cubrirse si usted reúne otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>En función de los resultados de estas pruebas, usted puede ser elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p> |
|  <p>Servicios, suministros y entrenamiento de autoadministración para la diabetes</p> <p><i>Puede que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Para todos los pacientes diabéticos (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en sangre: Medidores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas y soluciones para el control de la glucosa para probar la precisión de las tiras reactivas y los medidores. • Para las personas con diabetes que tienen una enfermedad grave del pie diabético: un par de zapatos ortopédicos a medida por año calendario (incluidas plantillas provistas con el calzado) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas desmontables no hechas a medida provistas con este calzado). La cobertura incluye la adaptación a medida. | <p>\$0 de copago por suministros para la diabetes cubiertos por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por zapatos y plantillas terapéuticos cubiertos por Medicare.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. | <p>\$0 de copago por cada capacitación para autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.</p> |
| <p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p><i>Puede que se requiera 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 todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si uno de nuestros proveedores en su área no vende una marca o no trabaja con un fabricante en particular, puede solicitarle que haga un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.carefirst.com/medicareadvantage.</p> | <p>20% de coseguro por artículos cubiertos por Medicare</p> <p>Su costo compartido 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 costo compartido en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced es de 20% de coseguro por artículos cubiertos por Medicare.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios |
|--|---|
| <p>Atención médica de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a los servicios que tienen las siguientes características:</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 ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un bebé por nacer), o la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos para servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red son los mismos que para dichos servicios prestados dentro de la red.</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 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>\$100 de copago por cada visita a sala de emergencias 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> <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>Copago de \$0 por cada visita a sala de emergencias en todo el mundo.</p> <p>\$50,000 (USD) de límite combinado por año por servicios de atención urgente</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios |
|--|---|
| | y de emergencia prestados fuera de EE. UU. y sus territorios. |
| <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 de 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 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. Reciba asistencia para revisar y respaldar cualquier necesidad de salud inmediata que pueda tener, investigar y aprovechar al máximo la navegación por los beneficios del plan de salud. Para obtener más información, comuníquese al 1-800-558-9922 (TTY: 711). <p>Beneficio para acondicionamiento físico (SilverSneakers)</p> <p>Membresía en SilverSneakers®</p> <p>SilverSneakers puede ayudarle 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</p> | <p>\$0 de copago por todos los servicios indicados.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios |
|---|--|
| <p>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 en 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 le conecta con una red de apoyo y recursos virtuales a través de SilverSneakers LIVE[™], SilverSneakers 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 1-888-313-5693 (TTY: 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.</p> <p>Consulte siempre con su médico antes de comenzar un programa de ejercicios.</p> <p>¹Los 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>²La membresía incluye las clases de acondicionamiento físico grupales dirigidas por instructores de SilverSneakers. Algunas ubicaciones ofrecen clases adicionales a los miembros. Las clases varían según la ubicación.</p> <p>³GetSetUp 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</p> | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios |
|--|--|
| comerciales registradas de Tivity Health, Inc. © 2022 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados. | |
| Servicios de audición | |
| 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. | \$20 de copago por cada examen para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio cubierto por Medicare. |
| Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también cubrimos lo siguiente a través de NationsHearing: | \$0 de copago por examen de audición de rutina (uno por año calendario). |
| <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: <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 | \$0 de copago por una visita para ajuste y evaluación de audífonos (una vez por año calendario). Audífonos: \$400 de copago por cada audífono inicial \$575 de copago por cada audífono básico \$875 de copago por cada audífono superior \$1,175 de copago por cada audífono preferido \$1,475 de copago por cada audífono avanzado |
| 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. | \$1,875 de copago por cada audífono superior 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). |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios |
|--|---|
| <p> Prueba de detección del HIV</p> <p>Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen mayor riesgo de una infección por VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses. <p>Para mujeres que están embarazadas cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo. | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen de detección preventivo del VIH cubierto por Medicare.</p> |
| <p>Atención de una agencia de atención médica domiciliaria</p> <p><i>Puede que se requiera 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. Debe estar confinado en casa, lo cual significa que salir de su casa representa un esfuerzo mayor.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de asistente de atención médica domiciliaria y de enfermería especializada de tiempo parcial o intermitente (para tener cobertura bajo el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de asistente de atención médica domiciliaria y de enfermería especializada que recibe deben ser, en total, inferiores a 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos | <p>\$0 de copago por visitas de atención médica a domicilio cubiertas por Medicare.</p> |
| <p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>El tratamiento de infusiones en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o compuestos biológicos a un individuo en el hogar. Los componentes necesarios para realizar las infusiones en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> | <p>\$40 de copago por cada visita cubierta por Medicare.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención • El entrenamiento y capacitación del paciente no están cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusiones en el hogar y medicamentos para este tratamiento que haya suministrado un proveedor calificado en terapia de infusiones en el hogar | |
| <p>Cuidados paliativos</p> <p>Usted es elegible para recibir los beneficios del centro de cuidado paliativo cuando su médico y el director médico del centro de cuidado paliativo le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y 6 meses de vida o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir 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 los que la organización Medicare Advantage (MA) posee, controla o en los que tiene un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de síntomas y el alivio de dolor • Servicios de atención de respiro a corto plazo • Atención a domicilio <p>Cuando usted ingresa en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en su plan; si decide permanecer en él, debe continuar pagando las primas del plan.</p> <p><u>Para los servicios de cuidados paliativos 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 sus servicios de cuidado paliativo y cualquier servicio de la Parte A y de la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidado paliativo, su proveedor de cuidado paliativo facturará a Original</p> | <p>Cuando se inscribe en un programa de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare, Original Medicare y no CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced efectúa el pago de los servicios de cuidado paliativo y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios |
|---|--|
| <p>Medicare los servicios pagados por Original Medicare. Se le facturará el costo compartido 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 requeridos urgentemente, que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con un pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de que acuda a un proveedor de la red de nuestro plan y de que siga las normas del plan (por ejemplo, si existe el requisito de 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 recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido conforme al método “pago por cada servicio” de Medicare (Original Medicare). <p><u>Para servicios que están cubiertos por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced pero no por la Parte A o B de Medicare:</u> CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, ya sea que estén vinculados o no con un 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:</u> Si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal en un centro para cuidados paliativos, usted pagará el costo compartido. Si están relacionados con su condición de hospicio terminal, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos 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 cuidado no paliativo (atención que no esté relacionada con un pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</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>Inmunizaciones</p> <p>Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía • Inyección contra la gripe, una vez en cada temporada de gripe en el otoño e invierno, con inyecciones adicionales si es médicamente necesario • Vacuna contra la Hepatitis B para pacientes de riesgo alto o intermedio de contraer Hepatitis B • Vacuna contra el COVID-19. • Otras vacunas, si corre riesgo y estas responden a las normas de cobertura de Medicare Parte B <p>También se cubren otras vacunas según nuestros beneficios de medicamentos recetados de la Parte D.</p> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, gripe, Hepatitis B y COVID-19.</p> |
| <p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</p> <p><i>Puede que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación y atención a largo plazo. La atención en un hospital para pacientes internados comienza el día en que se le admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente internado.</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 habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería de rutina | <p>Para cada estadía en un hospital 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 el costo compartido 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</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 unidades de atención especial (como las unidades de atención intensiva o coronaria) • Medicamentos y medicinas • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y habitación de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios para pacientes internados por abuso de sustancias • En ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, someteremos su caso a revisión por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que determinará si usted es candidato para dicho procedimiento. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o externos al área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir ir a una ubicación local siempre que los proveedores de trasplantes locales acepten la tarifa de Original Medicare. Si 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 desde la primera pinta que se utiliza. • Servicios de médicos | <p>alta que pagaría en un hospital de la red.</p> |
| <p>Nota: Para que usted pase a ser un paciente internado, su proveedor debe redactar una orden para que usted quede formalmente internado en el hospital. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente</p> | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios |
|---|---|
| <p>ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada <i>¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja de datos está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos 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 que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención mental que requieren internación en hospital.</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>Para cada estadía en un hospital psiquiátrico 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 el costo compartido 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>Estancia hospitalaria: servicios cubiertos que se reciben en un hospital o en un SNF durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si se le han agotado sus beneficios para pacientes internados o si la estadía del paciente internado no es razonable ni necesaria, no cubriremos su estadía de paciente internado. No obstante, en algunos casos cubriremos algunos tipos de servicios que usted reciba mientras se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios de técnicos • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Dispositivos protésicos y ortóticos (no dentales) que se utilizan para reemplazar un órgano interno del cuerpo (incluidos tejidos adyacentes) o parte de este, o la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o que funciona en forma defectuosa o parte de esta; incluidos el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos que se requieren por roturas, desgaste, extravío o cambios en la condición física del paciente • Fisioterapia, 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 el Cuadro 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 le refiere.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o de Original Medicare) y 2 horas cada año después de esto. Si su afección, tratamiento o</p> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica 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>diagnóstico cambian, existe la posibilidad de recibir más horas de 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> Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare de todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento que brinda capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p> |
| <p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p> <p><i>Puede que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Estos medicamentos están cubiertos según la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que normalmente no son autoadministrados por el paciente y son administrados por inyección o infusión mientras usted recibe servicios de médicos, hospitalarios ambulatorios o de centros de cirugía ambulatoria • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos administrados por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por el plan • Factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección, si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en Medicare Parte A cuando recibió el trasplante de órgano • Medicamentos inyectables contra la osteoporosis, si usted está confinado en casa, ha sufrido una fractura ósea que un médico certifica que se relaciona con osteoporosis posmenopáusica y no se puede autoadministrar el medicamento | <p>0% a 20% de coseguro del costo total de insulina o quimioterapia cubierta por la Parte B de Medicare u otros medicamentos cubiertos por la Parte B. El costo compartido de la insulina está sujeto a un límite de coseguro de \$35 por el suministro de un mes.</p> <p>Los medicamentos de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos a requisitos de terapia escalonada.</p> <p>A partir del 1.º 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</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y antieméticos • 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 endovenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades de inmunodeficiencia primaria <p>El siguiente enlace le 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>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 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 tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos servicios de asesoramiento intensivo para ayudarlo a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si se le brinda en un entorno de atención médica primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o proveedor médico para averiguar más datos.</p> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de obesidad y tratamiento preventivos.</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> |

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>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 con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios: Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT) aprobados por la U.S. Food and Drug Administration (FDA). • Distribución y administración de medicamentos MAT (si corresponde). • Asesoramiento sobre el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de ingesta • Evaluaciones periódicas | <p>\$30 de copago por cada servicio del programa de tratamiento por uso de opiáceos.</p> |

| 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 que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y servicios de técnicos • Suministros quirúrgicos, tales como apósitos • férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Análisis de laboratorio • Sangre (incluidas la conservación y 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 desde 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 total por cada servicio radiológico terapéutico 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 del costo total 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 que se requiera 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 hospitalarios ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente interno o si puede ser dado de alta.</p> <p>Para que se cubran los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo si son provistos por orden de un médico u otra persona autorizada por una licencia estatal otorgada por ley y estatuto del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes 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. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada <i>¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja de datos está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos 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 que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como por ejemplo servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas 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 |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Atención de salud mental, que incluye la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento de internación sin ella • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Determinados medicamentos y productos biológicos que usted no puede suministrarse a sí mismo <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. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada <i>¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja de datos está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Atención médica 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 para pacientes ambulatorios |
| <p>Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Los servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico matriculados, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, terapeuta profesional matriculado (licensed professional counselor, LPC), terapeuta familiar y de parejas matriculado (licensed marriage and family therapist, LMFT), enfermera especializada (NP), auxiliar médico (PA) u otro proveedor de atención médica mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes vigentes del 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 de la salud mental o cada</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 |
|--|---|
| | visita de telesalud con un proveedor dentro de la red cubiertas por Medicare. |
| <p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p><i>Puede que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio se proveen en diversos entornos ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y los centros de rehabilitación integral ambulatoria (CORF).</p> | \$18 de copago por cada visita de terapia ocupacional, física o del habla y lenguaje cubiertas por Medicare. |
| <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> |
| <p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluye servicios prestados en centros hospitalarios y en centros de cirugía ambulatoria</p> <p><i>Puede que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Nota: En el caso de que se le practique una cirugía en un centro hospitalario, deberá verificar con su proveedor si se le considerará un paciente internado 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 cuando permanezca en</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</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 hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio.</p> | <p>ambulatorio cubierta por Medicare.</p> |
| <p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios</p> <p><i>Puede que se requiera autorización previa.</i></p> <p>“Hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo brindado como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro de salud mental comunitario, que es más intensivo que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la internación en el hospital.</p> <p>El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p> | <p>\$10 de copago por cada hospitalización parcial o servicio ambulatorio intensivo cubierto por Medicare.</p> |
| <p>Servicios de médicos/proveedores médicos, incluidas las visitas al consultorio del médico</p> <p><i>Puede que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios en un consultorio, un centro de cirugía ambulatoria certificado, un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otro lugar • Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista • Exámenes 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 mental (individual o grupal), la atención de la salud mental con un psicólogo (individual o grupal) y los servicios requeridos urgentemente. Los servicios solo se prestarán a | <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 cada visita de telesalud con un proveedor dentro de la red cubiertas por Medicare.</p> <p>Nota: Antes de recibir los servicios de un Especialista, primero debe obtener una derivación de su PCP.</p> <p>\$20 de copago por cada visita de terapia individual con cualquier tipo de</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>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 consulta en persona o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. ◦ 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, que incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento brindados por un médico o proveedor médico, están destinados para pacientes en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales sobre la insuficiencia renal en etapa terminal de miembros con diálisis domiciliaria en centros de diálisis renal de hospitales, hospitales de acceso crítico, centros de diálisis renal o en el domicilio del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros 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 si: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Usted tiene una consulta en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud. ◦ Usted tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ◦ En determinadas circunstancias, pueden realizarse excepciones a lo mencionado anteriormente. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rurales y Centros de Salud Calificados Federalmente. | <p>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> <p>\$20 de copago por cada visita de atención urgente o cada visita presencial o mediante telesalud 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"> • 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 chequeo no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Evaluación del video y/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 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por internet o registros electrónicos de salud • Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía • Atención dental que no es de rutina (los servicios cubiertos están limitados a cirugías mandibulares o estructuras relacionadas, reducción de fracturas mandibulares o de huesos faciales, extracción de piezas dentarias para preparar la mandíbula para tratamientos con radiación de enfermedades neoplásicas malignas o servicios que se cubrirían al ser provistos por un médico) | |
| <p>Servicios de podología</p> <p><i>Puede que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento clínico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolón en el talón) • Atención del pie de rutina para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores <p>Además de los servicios de podología cubiertos por Medicare más arriba, también ofrecemos lo siguiente:</p> | <p>\$30 de copago por cada visita de podología cubierta por Medicare.</p> <p>\$10 de copago por cualquier servicio de podología adicional más allá de los servicios cubiertos por Medicare (12 visitas por año calendario).</p> <p>Los servicios no cubiertos por Medicare / de rutina no</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Atención de rutina de los pies no cubierta por Medicare para los miembros con determinadas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores. | cuentan para su desembolso máximo (MOOP). |
|  <p>Pruebas de detección del cáncer de próstata</p> <p>Para hombres a partir de los 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen los siguientes exámenes una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tacto rectal Examen de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para un examen de antígeno prostático específico.</p> <p>\$0 de copago por cada examen rectal digital cubierto por Medicare.</p> |
| <p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p><i>Puede que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan todas o una parte o función corporal. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con atención de colostomía, marcapasos, dispositivos ortopédicos, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluyen ciertos suministros relacionados con los dispositivos ortopédicos y la reparación o el reemplazo de dispositivos ortopédicos. También incluye alguna cobertura posterior a la extracción de cataratas o cirugía de cataratas. Consulte <i>Atención oftalmológica</i> más adelante en esta sección para obtener más detalles.</p> | <p>20% de coseguro del costo total 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 que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) moderada o muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar emitida por el médico a cargo del tratamiento de la enfermedad respiratoria crónica.</p> | <p>\$10 de copago por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios |
|---|--|
| <p> Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol</p> <p>Cubrimos exámenes de detección por consumo inadecuado de alcohol para adultos con Medicare (incluso embarazadas) que consumen alcohol en forma inadecuada, pero no son alcohólicos.</p> <p>Si se le diagnostica que usted abusa del alcohol en forma inadecuada, puede recibir hasta cuatro sesiones presenciales breves de asesoramiento por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria o proveedor médico calificados en un entorno de atención médica primaria.</p> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p> |
| <p> Prueba de detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT)</p> <p>Para las personas calificadas, una LDCT está cubierta 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 inicial con LDCT:</i> el miembro debe recibir una orden escrita para LDCT que puede ser proporcionada durante cualquier consulta adecuada a un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado opta por proporcionar un asesoramiento de examen de detección de cáncer de pulmón y consulta de toma de decisión compartida para exámenes preventivos posteriores de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir los criterios de Medicare para dichas consultas.</p> | <p>No hay copago, coseguro ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas para la LDCT cubiertas por Medicare.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios |
|---|--|
| <p> Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés) y asesoramiento para evitar las STI</p> <p>Cubrimos exámenes de detección para infecciones de transmisión sexual (Sexually Transmitted Infection, STI): clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para embarazadas y para determinadas personas que tienen un riesgo elevado de STI cuando un proveedor de atención primaria les solicita una prueba. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones presenciales individuales por año, de asesoramiento conductual intensivo, de 20 a 30 minutos de duración, para adultos sexualmente activos con alto riesgo de STI. Solamente cubrimos estas sesiones de asesoramiento como servicio médico preventivo si son provistas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención médica primaria, como por ejemplo, el consultorio de un médico.</p> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para beneficio preventivo de infecciones de transmisión sexual cubiertos por Medicare.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios |
|---|---|
| <p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre la atención renal y ayudar a que los miembros tomen decisiones informadas acerca de su atención. Para miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, siempre que cuenten con una remisión, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales en toda la 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) • Tratamientos de diálisis en pacientes hospitalizados (si se le interna en un hospital para recibir atención especial) • Capacitación para autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que le ayude a realizar sus tratamientos de diálisis en su domicilio) • Equipos y suministros para diálisis en el domicilio • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (tales como, cuando sea necesario, visitas de técnicos en diálisis capacitados para controlar la diálisis en el domicilio, para asistir en casos de emergencia y efectuar una revisión de su equipo de diálisis y suministro de agua) <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 <i>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</i>.</p> | <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> |
| <p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p><i>Puede que se requiera autorización previa.</i></p> <p>(Para obtener una definición de <i>atención en un centro de enfermería especializada</i>, consulte el Capítulo 12 de este</p> | <p>Para cada estadía en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare:</p> <p>\$0 de copago por día para los días del 1 al 20</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>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 habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que le deben administrar como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación) • Sangre (incluidas la conservación y administración). La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta que se utiliza. • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF • Pruebas de laboratorio normalmente provistas por los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente provistos por los SNF • Servicios de médicos/proveedores médicos <p>En general, recibirá atención de SNF en los centros que forman parte de la red. Sin embargo, en ciertas condiciones como las que se enumeran a continuación, usted podrá pagar los costos compartidos dentro de la red si elige un centro que no es proveedor del plan, solo si el centro acepta las sumas de pago establecidos de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una casa de reposo o una comunidad de jubilación de atención continua donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que se provea la atención de un centro de enfermería especializada) | <p>\$160 de copago por día para los días 21 a 100</p> <p>Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa 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 hospital o a un centro de enfermería especializada después de haber terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios.</p> <p>La distribución de costos se aplica al día del alta.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital | |
|  <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 con asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio médico preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</u> Cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.</p> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p> |
| <p>Terapia de ejercicio supervisado (SET)</p> <p><i>Puede que se requiera autorización previa.</i></p> <p>La SET está cubierta para los miembros que tienen la enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen con los requisitos para el 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 la PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico • Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para asegurar que los beneficios excedan los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicio para PAD | <p>\$10 de copago por cada visita de terapia de ejercicio supervisada cubierta por Medicare.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico, o una enfermera clínica/enfermera practicante que deben estar entrenados en técnicas de auxilio vital básicas y avanzadas <p>SET puede tener cobertura de hasta más de 36 sesiones en un período de más de 12 semanas para un adicional de 36 sesiones en un período extendido de tiempo si el proveedor de atención de la salud lo considera médicamente necesario.</p> | |
| <p>Servicios requeridos urgentemente</p> <p>Los servicios requeridos urgentemente se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero que, dadas sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener los servicios de los proveedores de la red. Si, dadas sus circunstancias, no resulta razonable obtener inmediatamente atención médica de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios requeridos urgentemente de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios. Ejemplos de servicios requeridos urgentemente que el plan debe cubrir fuera de la red: Está temporalmente fuera del área de servicio del plan y requiere servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección imprevista, pero no es una emergencia médica; o no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red. Los costos compartidos para servicios requeridos urgentemente necesarios prestados fuera de la red son los mismos que para dichos servicios prestados dentro 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>\$20 de copago por cada visita de atención urgente o cada visita presencial o mediante telesalud cubiertas por Medicare.</p> <p>El copago se elimina si lo ingresan en el hospital en un plazo de 48 horas por la misma afección.</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 de urgencia en todo el mundo.</p> <p>\$50,000 (USD) de límite combinado por año por servicios de atención urgente y de emergencia prestados fuera de EE. UU. y sus territorios.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios |
|--|--|
| <p> Atención oftalmológica</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médico ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista rutinarios (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, el plan cubre un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: pacientes con antecedentes familiares de glaucoma, diabéticos, pacientes afroamericanos de 50 años de edad y más e hispanicos estadounidenses que tienen 65 años de edad o más. • Para las personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez por año • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular (si tiene dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía) <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 ojo diabético (uno por año calendario) El beneficio de visión no se puede combinar con ningún descuento o promoción que ofrezca un proveedor. El seguro debe usarse en el momento de la venta para que se apliquen 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> <p>Cobertura adicional de gafas:</p> <p>Gafas (marcos y lentes): - Los marcos selectos comprados de la colección</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>exclusiva de Davis Vision estarán cubiertos en su totalidad a través de nuestro proveedor. Nuestro plan también cubre hasta \$150 al año por cualquier otro marco.</p> <p>- Los lentes de visión simple, bifocal, trifocal y lenticular tienen un copago de \$10 por cada tipo de lentes al año.</p> <p>Lentes de contacto (médicos y electivos):</p> <p>- 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 los lentes de contacto electivos. Reembolso de \$60 disponible para evaluación y ajuste de los lentes de contacto.</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> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios |
|---|---|
|  <p>Consulta preventiva de Bienvenida a Medicare</p> <p>El plan cubre una consulta preventiva de Bienvenida a Medicare por única vez. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios médicos preventivos que necesita (incluidos ciertos exámenes de detección y vacunas), y remisiones para otro tipo de atención, si es necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la consulta preventiva de Bienvenida a Medicare únicamente en los primeros 12 meses en que tiene la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al personal del consultorio de su médico que desearía programar una consulta preventiva de Bienvenida a Medicare.</p> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva de “Bienvenida 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 necesitar autorización previa para algunos servicios. 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 los servicios dentales cubiertos enumerados a continuación, la cobertura y la responsabilidad del paciente no cambiarán.

Cobertura dental integral mejorada 1/1/2024 al 12/31/2024:

| 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 |

| 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 |

| 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 |

| 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 |

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, 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, otra cirugía oral o maxilofacial y 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 DE DENTADURA POSTIZA DE | \$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, otra cirugía oral o maxilofacial y otros servicios | Copago | Frecuencia |
|----------------------|---|---------------|---------------------|
| | 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 (INCLUYE MATERIAL DE | \$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, otra cirugía oral o maxilofacial y otros servicios | Copago | Frecuencia |
|----------------------|--|---------------|--------------------------------|
| | 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 |
| D5512 | REPARACIÓN COMPLETA DE BASE ROTA DE DENTADURA POSTIZA, MAXILAR | \$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, otra cirugía oral o maxilofacial y otros servicios | Copago | Frecuencia |
|----------------------|--|---------------|--------------------------------|
| 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 |
| D5721 | REEMPLAZO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR | \$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, otra cirugía oral o maxilofacial y otros servicios | Copago | Frecuencia |
|----------------------|--|---------------|-----------------------|
| 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 |
| D5850 | ACONDICIONAMIENTO DE TEJIDOS, MAXILAR | \$60.00 | Una vez cada 12 meses |
| D5851 | ACONDICIONAMIENTO DE TEJIDOS, MANDIBULAR | \$60.00 | Una vez cada 12 meses |

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

| Código dental | Prostodoncia, otra cirugía oral o maxilofacial y otros servicios | Copago | Frecuencia |
|----------------------|---|---------------|--------------------------------|
| 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 |
| 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 |

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

| Código dental | Prostodoncia, otra cirugía oral o maxilofacial y otros servicios | Copago | Frecuencia |
|----------------------|--|---------------|---------------------|
| 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 |
| 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 |

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

| Código dental | Prostodoncia, otra cirugía oral o maxilofacial y otros servicios | Copago | Frecuencia |
|----------------------|---|---------------|-----------------------------------|
| 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 describen los beneficios excluidos de la cobertura de Medicare y que, por lo tanto, este plan no cubre.

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

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagar por ellos, excepto según las condiciones específicas que se indican a continuación. Incluso cuando reciba los servicios excluidos en un centro de atención de emergencia, estos no estarán cubiertos y nuestro plan no pagará por ellos. Única excepción: si se apela el servicio y se decide en la apelación que se trata de un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener

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

información sobre cómo apelar nuestra decisión de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este documento).

| Servicios no cubiertos por Medicare | No cubiertos en ninguna condición | Cubiertos solo en condiciones específicas |
|--|--|--|
| Cirugías o procedimientos cosméticos | | <ul style="list-style-type: none"> • Cubiertos en caso de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro corporal deforme. • Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción para las mamas después de una mastectomía, incluso en la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica. |
| <p>Atención de apoyo</p> <p>La atención de custodia es la atención personal que no requiere la atención constante de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, atención que ayuda al paciente con actividades de la vida cotidiana, tales como bañarse o vestirse.</p> | No cubiertos en ninguna condición | |
| <p>Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipos y medicamentos.</p> <p>Los procedimientos y suministros experimentales son aquellos suministros y procedimientos que generalmente no son aceptados por la comunidad médica según Original Medicare.</p> | | <ul style="list-style-type: none"> • Pueden estar cubiertos por Original Medicare dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. <p>(Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información acerca de los estudios de investigación clínica).</p> |
| Los honorarios por atención cobrados por sus familiares directos o personas que viven en su casa. | No cubiertos en ninguna condición | |

| Servicios no cubiertos por Medicare | No cubiertos en ninguna condición | Cubiertos solo en condiciones específicas |
|--|--|---|
| Atención de enfermeros de tiempo completo en su domicilio. | No cubiertos en ninguna condición | |
| Entrega de alimentos a domicilio | No cubiertos en ninguna condición | |
| Los servicios domésticos incluyen ayuda con las tareas domésticas básicas, incluidas la limpieza ligera o la preparación de comidas básicas. | No cubiertos en ninguna condición | |
| Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos). | No cubiertos en ninguna condición | |
| Calzado ortopédico o dispositivos de soporte para pies | | <ul style="list-style-type: none"> • Calzado que forma parte de una pierna ortopédica y que está incluido en el costo de la misma. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético. |
| Elementos de uso personal en su habitación de hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o televisión. | No cubiertos en ninguna condición | |
| Sala privada en un hospital. | | <ul style="list-style-type: none"> • Solo cubierto cuando es médicamente necesario. |
| Anulación de procedimientos de esterilización y/ o dispositivos anticonceptivos no recetados. | No cubiertos en ninguna condición | |
| Servicios considerados no razonables y necesarios, según los estándares de Original Medicare | No cubiertos en ninguna condición | |

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

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro recetador) que le emita una receta válida según la ley estatal vigente.
- Su emisor de la receta no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, usted debe presentar la receta médica en una farmacia de la red para surtir su medicamento. (Consulte la Sección 2, *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*).
- El medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Una indicación médica aceptada consiste en el uso de un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos, o avalado por determinadas referencias. (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 una farmacia que tiene un contrato con el plan para proveer sus medicamentos recetados cubiertos. El término medicamentos cubiertos significa todos los medicamentos recetados de la Parte D que figuran 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 los servicios de pedidos por correo de la red del plan. En general, los medicamentos provistos a través de pedidos por correo son medicamentos que usted toma en forma regular, por una afección médica crónica o prolongada. 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”.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite ordenar **un suministro de hasta 100 días para los medicamentos de Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos), Nivel 2 (medicamentos**

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

genéricos) y Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos) y un suministro de hasta 90 días para los medicamentos de Nivel 4 (medicamentos de marca no preferidos).

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).

Generalmente, un pedido de farmacia de envío por correo se le enviará en no más de 10 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 nuevas recetas que reciba de los proveedores de atención médica, sin antes consultar con usted, si:

- Usted utilizó los servicios de envío por correo con este plan en el pasado; o
- Usted se inscribe para la entrega automática de todas las nuevas recetas recibidas directamente de los 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 recibe una receta automáticamente por correo que no desea y no fue contactado para saber si la quería antes de que se enviara, puede ser elegible para 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 el servicio de entrega de pedidos por correo o decide interrumpir automáticamente el surtido de recetas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de atención médica para comprobar si desea que se le surta y envíe el medicamento inmediatamente. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarle si desea enviar, demorar o cancelar la nueva receta.

Para 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. Con este programa, comenzaremos a procesar su próxima renovación automáticamente cuando nuestros registros nos muestren que se está quedando sin medicamento. La farmacia le contactará antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamentos, y usted podrá cancelar los resurtidos programados si tiene medicación suficiente o si le cambiaron el medicamento.

Si usted decide no utilizar nuestro programa de resurtido automático, pero de todos modos desea que la farmacia de pedido por correo le continúe enviando su medicamento recetado, comuníquese

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

con su farmacia 15 días antes de que se acabe su medicamento recetado actual. Esto garantizará que su pedido se le 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 cuenta de www.carefirst.com/medicareadvantage para proporcionarnos su información de contacto preferida.

Si recibe vuelven a surtirle un medicamento automáticamente por correo y lo no desea, puede ser elegible para 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 medicamentos que usted toma en forma regular, por 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* le indica cuáles farmacias dentro de la red le pueden entregar un suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.
2. Además, puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de venta 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 médica puede estar cubierta en ciertas situaciones

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en farmacias fuera de la red *únicamente* cuando no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarle, ofrecemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede adquirir sus medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicios para Miembros** para ver si hay una farmacia de la red cerca. Es posible que se le solicite pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Estos son los casos en que cubrimos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

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

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

- 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 puede solicitar 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. Usted podrá solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo. (En el Capítulo 7, Sección 2, 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” le informa sobre los medicamentos Parte D que 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 el asesoramiento de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y fue aprobada por Medicare.

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

Generalmente cubrimos un medicamento en la Lista de medicamentos del plan siempre que usted cumpla con las demás normas de cobertura especificadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médica aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” se refiere a que el uso del medicamento está *ya* sea:

- Aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos para el diagnóstico o la afección para los que se ha recetado.
- -- o -- Apoyado por ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Formulario de American Hospital y el Sistema de Información DRUGDEX.

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

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con un nombre comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos

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

que los medicamentos típicos (por ejemplo, medicamentos que se basan en una proteína) se denominan productos biológicos. En la “lista de medicamentos”, nos referimos a “medicamentos”, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares actúan con la misma eficacia que el medicamento de marca o el producto biológico y su costo es menor. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Existen alternativas biosimilares para 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, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la “Lista de medicamentos”. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no esté en la “Lista de medicamentos”. Para obtener más información, consulte el capítulo 9.

| |
|---|
| Sección 3.2 Existen cinco niveles de costo compartido para los medicamentos de la “Lista de medicamentos” |
|---|

Todos los medicamentos en la “Lista de medicamentos” del plan se incluyen en una de las cinco categorías de costo compartido. En general, mientras más alto sea el nivel de distribución de costos, más alto será su costo por el medicamento:

- **Categoría 1- Medicamentos genéricos preferidos:** es la categoría más baja e incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- **Categoría 2- Medicamentos genéricos:** incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- **Categoría 3- Medicamentos de marca preferidos:** incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- **Categoría 4 – Medicamentos no preferidos:** incluye medicamentos genéricos y de marca no preferidos.
- **Categoría 5- Medicamentos de especialidad:** es la categoría más alta e incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo.

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

El monto que usted paga por los medicamentos en cada categoría de costo compartido se puede ver en el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

CAPÍTULO 5. Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**Sección 3.3 Cómo verificar si un medicamento en particular está incluido en la “lista de medicamentos”**

Cuenta con cuatro 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” que se publica en la página 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.
4. Use la “Herramienta de beneficios en tiempo real (Herramienta de precios de medicamentos)” del plan (www.carefirst.com/medicareadvantage o llamando a Servicios para Miembros). Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la “Lista de medicamentos” para ver un estimado de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la “Lista de medicamentos” que podrían tratar la misma condición.

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

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

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

Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones?

En las siguientes secciones, se incluye más información sobre los tipos de restricciones que establecemos 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 solicitemos una renuncia a la restricción aplicada a su caso, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar solicitar una renuncia a la restricción aplicada a su caso, o no hacerlo. (Consulte el Capítulo 9)

Restricción de medicamentos de marca o productos biológicos originales cuando esté disponible una versión genérica o biosimilar intercambiable.

Generalmente, un medicamento **genérico** o biosimilar intercambiable funciona del mismo modo que un medicamento de marca o producto biológico original y, por lo general, es menos costoso. **En la mayoría de los casos, cuando una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o producto biológico original está disponible, nuestras farmacias de la red le proveerán la versión genérica o biosimilar intercambiable en lugar del medicamento de marca o producto biológico original.** Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el que el medicamento genérico o biosimilar intercambiable no funcionará para usted O ha escrito: “Sin sustituciones” en su receta para un medicamento de marca o producto biológico original O nos ha informado el motivo médico por el cual ni el medicamento genérico, el biosimilar intercambiable ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca o el producto biológico original. (Su parte del costo puede ser mayor si adquiere el medicamento de marca o producto biológico original en lugar del medicamento genérico o biosimilar intercambiable).

Obtención de aprobación previa del plan

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

Probar primero con un medicamento diferente

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

Límites de cantidades

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que puede obtener cada vez que adquiere su medicamento recetado. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo un comprimido por día de un medicamento en particular, podemos limitar la cobertura del medicamento recetado a no más de un comprimido por día.

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

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:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O quizás, una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la marca que usted desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se establecen normas o restricciones adicionales para la cobertura de 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 ciertos recursos a su disposición si su medicamento no es cubierto en la forma en que a usted le gustaría que fuera 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 hacer si su medicamento no está en la “lista de medicamentos” o si existen ciertas restricciones para el medicamento?

Si el medicamento que usted utiliza no está en la “Lista de Medicamentos” o existen ciertas restricciones, aquí hay algunas opciones:

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

Usted puede obtener un suministro provisional

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

Para ser elegible para el suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la “Lista de medicamentos” del plan O debe presentar en este momento algún tipo de restricción.**

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

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro provisional de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estaba en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro provisional de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro provisional se otorgará por hasta 30 días. Si su receta médica está escrita por menos días, entregaremos varias renovaciones para proporcionar hasta un suministro máximo de 30 días de medicamentos. El medicamento recetado debe ser adquirido en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios).
- **Para 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. Se trata de una cobertura adicional, además del suministro provisional que se menciona anteriormente.
- Si experimenta un cambio en su entorno de atención (como ser dado de alta o ingresado en un centro de atención a 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.

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

1) Puede cambiar a otro medicamento

Consulte con su proveedor para determinar si existe otro medicamento cubierto por el plan con el mismo mecanismo de acción. 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 cubierto que pueda ser de utilidad para usted.

2) Usted puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan una excepción a fin de que cubra el medicamento de la manera que a usted le gustaría que lo cubriera. Si su proveedor determina que, por su cuadro médico, se justifica solicitarnos una excepción, este podrá brindarle asistencia para formular la solicitud. Por ejemplo, usted puede solicitar que el plan cubra un medicamento aunque este no se encuentre en la “Lista de medicamentos” del plan. O puede solicitar al plan una excepción para que cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es actualmente miembro y un medicamento que está tomando será eliminado de la lista de medicamentos o se le aplicará alguna restricción el año siguiente, le informaremos sobre cualquier cambio antes del próximo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas luego de recibir su solicitud (o la declaración de apoyo del

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

recetador). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

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

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

Si su medicamento está en una categoría de costo compartido que cree que es demasiado alta, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar de medicamento

Si su medicamento está en una categoría de costo compartido que cree que es demasiado alta, hable con su proveedor. Puede haber un medicamento diferente en una categoría de costo compartido más baja 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 cubierto que pueda ser de utilidad para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan que haga una excepción en la categoría de costo compartido 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 ayudarle a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 le indica qué 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 especializados de Nivel 5. No reducimos el monto del costo compartido 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 se realizan a principios de cada año (el 1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede realizar modificaciones en la “Lista de medicamentos”. Por ejemplo, el plan puede:

- **Agregar o retirar medicamentos de la “Lista de medicamentos”.**
- **Cambiar un medicamento a una categoría de costo compartido más alta o más baja.**

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

- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**
- **Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de cambiar la “Lista de medicamentos” del plan.

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando ocurren cambios en la “Lista de medicamentos”, publicamos información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. También actualizamos periódicamente nuestra “Lista de medicamentos” en línea. A continuación destacamos las veces que usted recibirá avisos directos si se realizan cambios a un medicamento que está tomando.

Cambios en su cobertura de medicamentos que le 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 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 registrada en nuestra “Lista de Medicamentos”, pero inmediatamente moverlo a una categoría de costo compartido más alta o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas, cuando se agregue el nuevo genérico.
 - Es posible que no le avisemos con anticipación antes de hacer ese cambio, incluso si usted está actualmente tomando el medicamento de marca registrada. Si usted está tomando el medicamento de marca en el momento en que hacemos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
 - Usted o el recetador pueden solicitarnos hacer una excepción y continuar con la cobertura de su medicamento de marca registrada. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.
- **Medicamentos poco seguros y otros medicamentos en la “Lista de medicamentos” que se retiran del mercado**

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

- A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o sacarse del mercado por otra razón. Si esto sucede, es posible que lo eliminemos de inmediato de la “Lista de medicamentos”. Si está tomando el medicamento, se lo haremos saber de inmediato.
- Su recetador también será informado sobre este cambio y puede consultar con usted para determinar otro medicamento a fin de tratar su afección.
- **Otros cambios a los medicamentos en la “Lista de medicamentos”**
 - Podemos hacer otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca registrada en la “Lista de medicamentos” o cambiar la categoría de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca registrada, o ambas cosas. Además podríamos hacer cambios basados en las advertencias en el recuadro de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - En relación con estos cambios, debemos avisarle acerca de estos con una antelación de al menos 30 días o darle aviso del cambio y proporcionarle un suministro de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
 - Después de recibir la notificación del cambio, debe consultar con su recetador para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando.
 - Usted o su recetador pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos con la cobertura de su medicamento. 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 realizar ciertos cambios en la “Lista de medicamentos” que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realice el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios le afecten a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Si reclasificamos el medicamento en una categoría de costo compartido más alta.
- Establecemos una nueva restricción al uso del medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la “Lista de medicamentos”.

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

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año actual del plan. Deberá consultar la “Lista de medicamentos” del próximo año del plan (cuando esté disponible

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

durante el periodo de inscripción abierta) para ver si hay cambios en los medicamentos que está tomando que le afectarán durante el próximo año del plan.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos 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 cubre un medicamento que estaría cubierto según la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- El plan, en general, no puede cubrir el uso fuera de lo indicado. El **uso fuera de lo indicado** se refiere a cualquier uso de un medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- La cobertura para uso fuera de lo indicado se permite solo cuando el uso está avalado por ciertas referencias, como 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 no recetados (también llamados OTC o de venta libre)
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad
- Medicamentos utilizados para aliviar síntomas de resfrío o catarro
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para el crecimiento del cabello
- La receta médica para vitaminas y productos minerales, excepto vitaminas prenatales y preparaciones con fluoruro
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante requiere la compra de pruebas asociadas o servicios de control exclusivamente del fabricante como condición de venta

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

Además, si recibe **Ayuda adicional (“Extra Help”) de Medicare** para pagar sus recetas, el programa “Ayuda adicional” (Extra Help) no pagará por los medicamentos que normalmente no están cubiertos. (Consulte la “Lista de medicamentos” del plan o llame a Servicios para miembros para obtener más información. Los números telefónicos de Servicios para Miembros están impresos en el dorso de este folleto). Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, es posible que su programa estatal de Medicaid cubra algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Por favor comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos está disponible para usted. (Puede encontrar los números telefónicos y la información de contacto 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 los datos de membresía del plan con usted cuando adquiere su medicamento recetado, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedir a la farmacia que busque su información de inscripción en el plan.

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

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

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)?

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

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

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

Consulte la Sección 5.2 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 usted actualmente tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho), o grupo de jubilados, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos recetados con su 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 quiere decir que su cobertura de grupo pagará primero.

Nota especial sobre cobertura acreditable:

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

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

Conserve 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

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

de cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios del plan del empleador o de jubilación, al empleador o al sindicato.

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

Los centros de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si se encuentra inscrito en cuidados paliativos de Medicare y requiere determinados medicamentos (por ejemplo, contra las náuseas, un laxante, un medicamento para aliviar el dolor o un ansiolítico) que no se encuentra cubierto por su centro de cuidados paliativos porque no está relacionado con su enfermedad terminal y las condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del recetador o de su proveedor de cuidados paliativos de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, solicite a su proveedor de cuidados paliativos o al recetador que se lo notifique antes de que se surta su receta.

En el caso de que usted renuncie a su elección de cuidados paliativos o sea dado de alta de su plan de cuidados paliativos, nuestro plan deberá cubrir todos sus medicamentos según se indica en este documento. Para prevenir retrasos en una farmacia cuando finalice su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, deberá traer la documentación a la farmacia para verificar su renuncia o su alta.

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.

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

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

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

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

Si planificamos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con antelación. La carta le informará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si deberá obtener las recetas para estos medicamentos solo de un médico o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere y cualquier información que considere importante para nosotros. Después de haber tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme la limitación. Si cree que hemos cometido un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su recetador tienen derecho a solicitarnos un recurso de apelación. Si apela, revisaremos su caso y le informaremos la nueva decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud en relación con las limitaciones de acceso a estos 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 quedará incluido en el DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor activo relacionado con el cáncer o enfermedad de las células falciformes, si está recibiendo cuidados paliativos, terminales, al final de la vida o vive en un centro de atención a largo plazo.

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

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de

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

farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros con el fin de garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que consumen medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen altos costos de medicamentos o están en un DMP para ayudar a miembros a usar sus opioides de manera segura pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud puede darle un resumen integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede consultar sobre sus medicamentos, los costos y cualquier problema o pregunta sobre su receta médica y medicamentos de venta libre. Recibirá un resumen escrito que contiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto debe tomar y por qué lo hace. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

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

Si contamos con un programa que se adecua a sus necesidades, le inscribiremos a usted en el programa en forma automática y le enviaremos información. Si usted decide no participar, avísenos y le retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con Servicios para Miembros.

CAPÍTULO 6:

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

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

¿Usted actualmente recibe asistencia económica para la compra de sus medicamentos?

Si usted forma parte de un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la información incluida en esta Evidencia de cobertura sobre los costos de medicamentos recetados de la Parte D no sea aplicable 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. Para simplificar las cosas, usamos “medicamento” en este capítulo para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Como explicamos en el Capítulo 5, no todos los medicamentos corresponden a la Parte D; algunos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, debe conocer los medicamentos que están cubiertos, el lugar donde adquirir sus medicamentos recetados y las normas que debe seguir cuando adquiere sus medicamentos cubiertos. Estas reglas se explican desde la Sección 1 a la 4 del Capítulo 5. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real (Herramienta de precios de medicamentos)” del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 3, Sección 3.3), el costo que se muestra se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los gastos de bolsillo que usted debe pagar. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real (Herramienta de precios de medicamentos)” llamando a Servicios para Miembros.

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

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

- **El deducible** es el monto que usted paga por medicamentos antes de que nuestro plan empiece a pagar la parte que le corresponde.
- El **copago** es una cantidad fija que usted paga cada vez que surte una receta.

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

- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que usted 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 llevar un registro de sus gastos de bolsillo.

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
 - La Etapa de brecha en 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 se incluyen* en sus gastos de bolsillo si otras personas u organizaciones **los efectúan 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 de brecha en la cobertura de Medicare están incluidos en sus gastos de bolsillo. 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 catastrófica:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) hayan gastado un total de \$8,000 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, usted pasará de la Etapa de brecha en cobertura a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

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

- 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.
- Los pagos que realiza por medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Los pagos que realiza el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras está en la Etapa de brecha en la cobertura.
- Los pagos que realizan los planes de salud colectivos por sus medicamentos, incluidos los planes de salud del empleador.
- Los pagos que realizan ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, tales como TRICARE y Asuntos de Veteranos, por sus medicamentos.
- Los pagos por sus medicamentos que realizan terceros con una obligación legal de pagar los costos de medicamentos recetados (por ejemplo, Compensación a los trabajadores).

Recuerde: Si alguna otra organización, como las indicadas anteriormente, paga una parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por medicamentos, debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicios para Miembros.

¿Cómo puede llevar un control del total de sus gastos de bolsillo?

- **Le ayudaremos.** El informe de Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D que recibe incluye la suma actual de los gastos de su bolsillo. Cuando este monto alcance un total de \$8,000, este informe le indicará que ha dejado la Etapa de brecha en la cobertura y que ha pasado a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2, se indica lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros sobre lo que ha gastado estén completos y actualizados.

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

| | |
|--------------------|---|
| Sección 2.1 | ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced? |
|--------------------|---|

Existen cuatro **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos recetados en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced. El importe que pague dependerá de la etapa

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

en la cual se encuentre cuando adquiera el medicamento recetado o renueve la receta. Los detalles de cada etapa se encuentran desde la Sección 4 a la 7 de este capítulo. A continuación, se describen las diferentes etapas:

Etapas:

- Etapas:**

- Etapas:**

- Etapas:**

- Etapas:**

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

Sección 3.1 Enviamos un resumen mensual llamado “Descripción de Beneficios de la Parte D” (la EOB de la Parte D)

Nuestro plan mantiene un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted ha efectuado cuando adquiere sus medicamentos recetados o renovación de recetas médicas en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuando ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, mantenemos un registro de dos tipos de costos:

- Mantenemos el registro de lo que usted ha pagado. Esto se conoce como sus **gastos de bolsillo**.
- Realizamos un seguimiento de sus **costos totales por medicamentos**. Esta es la suma que paga por sus gastos de bolsillo en efectivo o que otros pagan en su nombre, más la suma pagada por el plan.

Si usted ha surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una EOB de la Parte D. La EOB de la Parte D incluye lo siguiente:

- **Información de ese mes.** Este informe detalla los pagos efectuados por los medicamentos recetados que usted ha adquirido durante el mes anterior. Detalla el total de costos de medicamentos, cuánto pagó el plan y cuánto pagaron usted y otros en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto se llama información del año hasta la fecha. Muestra los costos totales de los medicamentos y el total de pagos efectuados por sus medicamentos desde principios de año.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre aumentos en el precio desde el primer surtido para cada reclamo de receta de la misma cantidad.
- **Recetas médicas alternativas disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles que tienen una menor distribución de costos para cada reclamación de receta.

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

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

- **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 deducibles 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 En la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y usted paga su parte

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

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

El plan tiene cinco niveles de distribución de costos

Todos los medicamentos en la “Lista de medicamentos” del plan se incluyen en una de las cinco categorías de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de la distribución de costos, más alto será su costo por el medicamento:

- **Categoría 1- Medicamentos genéricos preferidos:** es la categoría más baja e incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- **Categoría 2- Medicamentos genéricos:** incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- **Categoría 3- Medicamentos de marca preferidos:** incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- **Categoría 4 – Medicamentos no preferidos:** incluye medicamentos genéricos y de marca no preferidos.
- **Categoría 5- Medicamentos de especialidad:** es la categoría más alta e incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo.

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

Sus opciones de farmacia

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

- Una farmacia minorista de la red
- Una farmacia que no está en la red del plan. Cubrimos medicamentos recetados adquiridos 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 debe pagar 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 |
|---|

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

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

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

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

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

| | Distribución de costos en farmacias minoristas estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días) | Distribución de costos en farmacias de envío por correo (un suministro de hasta 30 días) | Distribución de costos de atención a largo plazo (LTC) (un suministro de hasta 31 días) | Distribución de costos en farmacias fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; para obtener más información, consulte el Capítulo 5). (suministro de hasta 30 días) |
|--|--|---|--|--|
| Nivel 1 de costos compartidos (Genéricos preferidos) | \$2 de copago | \$2 de copago | \$2 de copago | \$2 de copago |
| Nivel 2 de costos compartidos (Genéricos) | Copago de \$15 | Copago de \$15 | Copago de \$15 | Copago de \$15 |
| Nivel 3 de costos compartidos (De marca preferidos) | \$47 de copago | \$47 de copago | \$47 de copago | \$47 de copago |
| Nivel 4 de costos compartidos (Medicamento no preferido) | 40% de coseguro | 40% de coseguro | 40% de coseguro | 40% de coseguro |
| Nivel 5 de costos compartidos (Especializado) | 33% del costo | 33% del costo | 33% del costo | 33% del costo |

no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar la categoría de Costo Compartido en que se encuentre.

Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D para las vacunas de la Parte D.

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

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, la suma que paga por un medicamento recetado cubre el suministro de todo un mes. Es posible que haya ocasiones en las que usted o su médico deseen tener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede solicitar a su médico que recete, y a su farmacéutico que suministre, una cantidad menor que la de un mes completo de sus medicamentos en caso de que esto le ayude a planificar las fechas para resurtir las diferentes recetas médicas.

Si su médico receta una cantidad menor de un mes completo de suministro, no deberá pagar por el suministro de un mes completo.

- Si es responsable de un coseguro, usted paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, el costo será menor, ya que el costo total del medicamento será más bajo.
- Si es responsable de un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días que reciba el medicamento en lugar de un mes completo. Calcularemos la suma que pague por día por su medicamento (la “tasa de costo compartido diario”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.

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

En el caso de algunos medicamentos, puede adquirir un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días para los medicamentos de Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos), Nivel 2 (medicamentos genéricos) y Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos) y un suministro de hasta 90 días para los medicamentos de Nivel 4 (medicamentos de marca no preferidos).

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

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

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

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 los medicamentos de Nivel 1, 2 y 3 Un suministro de hasta 90 días para los medicamentos de Nivel 4). | Distribución de costos en farmacias de envío por correo (Un suministro de hasta 100 días para los medicamentos de Nivel 1, 2 y 3 Un suministro de hasta 90 días para los medicamentos de Nivel 4). |
|--|--|---|
| Categoría 1 de costos compartidos (Genéricos preferidos) | \$2 de copago | \$2 de copago |
| Categoría 2 de costos compartidos (Genéricos) | Copago de \$15 | Copago de \$15 |
| Categoría 3 de costos compartidos (De marca preferidos) | \$141 de copago | \$94 de copago |
| Categoría 4 de costos compartidos (De marca no preferidos) | 40% de coseguro | 40% de coseguro |
| Categoría 5 de costos compartidos (Especializado) | El suministro prolongado no está disponible para medicamentos de Categoría 5. | El suministro prolongado no está disponible para medicamentos de Categoría 5. |

No pagará más de \$70 por un suministro de hasta dos meses o \$105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente de la categoría de costo compartido.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos totales en medicamentos durante el año alcancen los \$5,030

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total por los medicamentos recetados que obtuvo alcance el límite de **\$5,030 para la Etapa de cobertura inicial.**

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

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 \$5,030 en un año.

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 de Brecha en Cobertura

Cuando está en la Etapa de brecha en la cobertura, el Programa de descuentos durante la Etapa de brecha en la 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 sus gastos de bolsillo como si usted hubiera pagado ese monto y lo desplazará a lo largo del período de brecha en la 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 le ayuda a avanzar dentro de la Etapa de brecha en la cobertura.

Los miembros de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced tienen cobertura adicional para los medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) durante la Etapa de brecha en la 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 (\$8,000), saldrá de la Etapa de brecha en la cobertura y pasará a la Etapa de cobertura catastrófica.

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

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

Categoría 1, Cobertura durante la Etapa de brecha en la cobertura:

| Categoría de costos compartidos | Costos compartidos en farmacias minoristas estándar (dentro de la red) | Costos compartidos en farmacias de envío por correo estándar (dentro de la red) | Costos compartidos de atención a largo plazo (LTC) | Costos compartidos en farmacias fuera de la red (la cobertura está limitada a ciertas situaciones; para obtener más información, consulte el Capítulo 5). |
|--|---|--|---|--|
| Categoría 1: medicamentos genéricos preferidos | \$2 de copago por un suministro de hasta 30 días | \$2 de copago por un suministro de hasta 30 días | \$2 de copago por un suministro de hasta 31 días | \$2 de copago por un suministro de hasta 30 días |
| | \$2 de copago por un suministro de hasta 60 días | \$2 de copago por un suministro de hasta 60 días | | |
| | \$2 de copago por un suministro de hasta 90 días | \$2 de copago por un suministro de hasta 90 días | | |

Los requisitos de coseguro de la Etapa sin cobertura no se aplican a los productos de insulina cubiertos por la Parte D ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra la culebrilla, el tétanos y las vacunas para viajes.

no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar la categoría de Costo Compartido en que se encuentre.

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre las vacunas de la Parte D y el costo compartido de las vacunas de la Parte D.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en caso de catástrofe, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D

Usted ingresa a la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo hayan alcanzado el límite de \$8,000 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura catastrófica, usted permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

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

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas son consideradas Medicamentos de la Parte D. Usted puede encontrar estas vacunas enumeradas en la “Lista de medicamentos”. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo para usted. Consulte la “Lista de medicamentos” de su plan o comuníquese con Servicios para miembros para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

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

- La primera parte de la cobertura corresponde al costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de **aplicarle la vacuna**. (Esto a veces se llama la administración de la vacuna).

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

1. Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor o Prácticas de Inmunización (ACIP).

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por ACIP y no debe pagar nada.

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 u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. Alternativamente, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que paga en el momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago de medicamentos** en que se encuentra.

- A veces, cuando se le aplica una vacuna, debe pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor que se la administrará. Puede solicitar a nuestro plan el reintegro de nuestra parte del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- En otras ocasiones, cuando se le aplica una vacuna, pagará solo su parte del costo de acuerdo con su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

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

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

Situación 1: Recibe su vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Si tiene esta opción, dependerá del lugar donde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.
- Para las otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su coseguro *O* copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de la aplicación.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Nota: Recomendamos recibir una vacuna que está 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: Recibe una vacunación de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, tal vez deba pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo que le corresponde al proveedor por administrarla.
- Luego, puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo usando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para las otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos su coseguro *O* copago por la vacuna (incluida la administración).

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, le pagará a la farmacia su coseguro *O* copago por la vacuna en sí.
- Cuando el médico le administre la vacuna, usted tal vez deba pagar el total del costo por este servicio.
- Luego, puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo usando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para las otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna.

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

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, tal vez deba pagar el costo total. En otras oportunidades, usted puede descubrir que ha pagado más de lo que esperaba bajo las reglas de cobertura del plan. En estos casos usted puede pedir a nuestro plan que le reintegre (devolverle el dinero es llamado con frecuencia reembolso). Usted tiene derecho a recibir el reintegro de nuestro plan cuando ha pagado más de la parte que le corresponde pagar por el costo de servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que existan plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

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

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

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

Fuera del área de servicio, puede recibir servicios de emergencia o requeridos urgentemente de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor pertenezca o no a nuestra red. En estos casos;

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de urgencia o de emergencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a proporcionar atención de emergencia. Si usted pagó la suma total en el momento en que recibió la atención, solicite un reintegro por nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con todos los comprobantes de pago que haya efectuado.
- Usted puede recibir una factura de un proveedor que solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con los comprobantes de pago que haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe un pago, lo realizaremos directamente al proveedor.
 - Si usted ya ha pagado más de su parte por el costo del servicio, determinaremos cuál es la parte que le corresponde a usted y le reintegraremos la parte del costo que nos corresponde a nosotros.

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 enviar la factura directamente al plan y solo cobrarle a usted la parte del costo que le corresponde. Pero a veces cometen errores y le solicitan a usted pagar por los servicios.

- Solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando obtiene los servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales independientes, conocidos como 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.
- Cuando recibe una factura de un proveedor de la red que considera que es por una suma mayor que la que le corresponde pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente para resolver el problema.
- Si ya ha pagado la factura a un proveedor de la red, pero considera que ha pagado en exceso, envíenos la factura junto con los comprobantes de pago que haya efectuado y solicite un reintegro por la diferencia entre la suma que usted ha pagado y la suma que debería haber pagado según el plan.

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

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

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

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

Si va a una farmacia fuera de la red, la farmacia probablemente no pueda presentar el reclamo directamente a nosotros. Cuando esto sucede, usted deberá pagar el costo total por el medicamento recetado.

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro de nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. 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 puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, usted deberá pagar el costo total del medicamento recetado.

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

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

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

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

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la “Lista de medicamentos”. cubiertos del plan; o puede haber un requisito o una restricción que usted desconocía o que considera que no se debe aplicar en su caso. Si decide adquirir el medicamento inmediatamente, deberá pagar el costo total del mismo.
- Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro. En algunas situaciones, necesitaremos información de su médico para efectuar el reintegro por nuestra parte del costo del medicamento.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos una 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 el recibo que documente el pago que haya realizado. Se recomienda que haga una copia de su factura y los recibos a modo de registro. Para reclamaciones médicas, **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:

Envíe su solicitud de pago por correo junto con cualquier factura o recibo de pago 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.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.carefirst.com/medicareadvantage) o llame a Servicios para Miembros y pida el formulario.

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

Envíe su solicitud de pago por correo junto con cualquier factura o recibo de pago 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

CAPÍTULO 8. Derechos y responsabilidades**SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan**

| | |
|--------------------|--|
| Sección 1.1 | 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.) 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.) |
|--------------------|--|

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de manera competente desde el punto de vista cultural y que sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos que tienen un dominio limitado del inglés, una capacidad limitada de lectura, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico distinto. 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 gratuitos de interpretación para responder a las preguntas de los afiliados 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. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para que le brindemos información de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros.

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

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan encontrar proveedores especializados 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 atención médica para la mujer o para encontrar un especialista de la red, llame al 1-855-290-5744 (TTY: 711) para presentar una queja. Las llamadas a estos números son gratuitas (el número TTY requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla). Los representantes están disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. También puede enviar una queja por escrito a 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 ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) llamando al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

CAPÍTULO 8. Derechos y responsabilidades

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 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 1-855-290-5744 (TTY: 711) to file a grievance. Calls to these numbers are free (the TTY number requires special telephone equipment and is only for people who have difficulties with hearing or speaking. Representatives are available from 8am-8pm EST, 7 days a week from October 1 - March 31, and 8am-8pm EST, Monday – Friday from April 1 - September 30. You can also send a grievance in writing to 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 periodo 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.

CAPÍTULO 8. Derechos y responsabilidades

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 e información médica personal. Protegemos su información médica personal como lo establecen estas leyes.

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no puedan leer ni cambiar sus registros.
- A excepción de las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información médica a cualquier persona que no le proporcione o pague su atención, *estamos obligados a obtener primero un permiso por escrito de usted o de alguien a quien haya dado poder legal para tomar decisiones en su nombre.*
- Existen ciertas excepciones en las que no estamos obligados a obtener permiso escrito de usted primero. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.
 - Estamos obligados a divulgar información médica a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar a Medicare su información médica, incluida 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 le identifique de manera exclusiva no sea compartida.

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

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

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

CAPÍTULO 8. Derechos y responsabilidades

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.

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 u 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 aviso en nuestro sitio web, www.carefirst.com, y proporcionaremos el aviso editado o la información sobre los cambios y cómo obtener tal aviso en nuestro próximo correo 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.

CAPÍTULO 8. Derechos y responsabilidades

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.

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.

CAPÍTULO 8. Derechos y responsabilidades

- **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.
- **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 U.S. Department of Health and Human Services (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.

CAPÍTULO 8. Derechos y responsabilidades

- ***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.
- ***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.

CAPÍTULO 8. Derechos y responsabilidades

- **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 le 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 los investigadores cuando una junta de revisión institucional o junta de privacidad: (1) haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de la información y (2) haya aprobado 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.
- **Salud y seguridad públicas:** podemos divulgar su información médica protegida en la medida necesaria a fin de evitar una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad, o para la salud o seguridad de los demás.
- **Exigido por la 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 la información médica protegida limitada de un sospechoso, fugitivo, testigo esencial, una víctima de un delito o una persona perdida. 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.

CAPÍTULO 8. Derechos y responsabilidades

- **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 consultar 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.

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

CAPÍTULO 8. Derechos y responsabilidades

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.
- **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.

CAPÍTULO 8. Derechos y responsabilidades

- 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 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 organizaciones de mantenimiento de la salud (health maintenance organization, HMO), 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 divulgamos 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

CAPÍTULO 8. Derechos y responsabilidades

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.

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. In 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 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.

CAPÍTULO 8. Derechos y responsabilidades**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 obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información acerca de la situación financiera del plan.
- **Información sobre los proveedores y farmacias de nuestra red.** Tiene derecho a recibir información acerca de las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y sobre 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 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo pedir 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 solicitar 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 sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención médica**

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

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre las mejores opciones de tratamiento para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a conocer todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar el costo ni si están cubiertas por nuestro plan. También incluye obtener información sobre programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y a utilizarlos con seguridad.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a conocer los riesgos que presenta su atención. Debe conocer anticipadamente si cualquier atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tendrá la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.

CAPÍTULO 8. Derechos y responsabilidades

- **El derecho a decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar el hospital u otro centro médico, aun si el médico le recomienda no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar los medicamentos, deberá aceptar toda la responsabilidad por lo que le pueda suceder a su cuerpo como resultado.

Tiene derecho a dejar instrucciones sobre qué se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

El Estado de Maryland ofrece un formulario para planificar la atención médica llamado las “Instrucciones médicas anticipadas de Maryland: planificación de decisiones sobre atención médica futura”. 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.

A veces, los pacientes están incapacitados para tomar decisiones sobre su atención médica a causa de un accidente o una enfermedad seria. Usted tiene derecho a decidir qué quiere que suceda si se encuentra en una de estas situaciones. Esto significa que, *si desea*, puede:

- Completar un formulario por escrito para otorgar **poder legal a otra persona para que ella tome decisiones médicas por usted** si en algún momento usted está incapacitado para tomar esas decisiones.
- **Entregar instrucciones escritas a sus médicos** sobre cómo desea que manejen su atención médica si quedara imposibilitado para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dejar directivas anticipadas en estas situaciones se denominan **directivas anticipadas**. Existen tipos diferentes de directivas anticipadas y se usan diferentes nombres para cada uno. Los documentos llamados **testamento vital** y **poder notarial para atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea usar una **directiva anticipada** para definir sus instrucciones, deberá:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas de su abogado, de un trabajador social o de algunos comercios que venden suministros para oficinas. A veces, puede obtener un formulario de directivas anticipadas de organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar de donde obtenga este formulario, recuerde que es un documento legal. Usted debe considerar obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregar copias a las personas correspondientes.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombra en el formulario que puede tomar decisiones por usted si no puede hacerlo. Se recomienda entregar copias a amigos cercanos o a miembros de la familia. Conserve una copia en su hogar.

Si usted sabe anticipadamente que necesita estar internado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia con usted al hospital.**

- El hospital le preguntará si firmó un formulario de directivas anticipadas y si lo trajo consigo.

CAPÍTULO 8. Derechos y responsabilidades

- Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde que es su elección si desea completar una directiva anticipada o no (incluso si desea firmar una mientras se encuentra en el hospital). Las leyes establecen que nadie le puede denegar atención médica ni discriminarlo en función de su decisión de firmar o no una directiva anticipada.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una 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

Puede obtener más información sobre sus derechos en varios lugares:

- Usted puede **llamar a Servicios para Miembros**.
- Usted puede **llamar al SHIP**. Para más detalles, vaya al Capítulo 2, Sección 3.

CAPÍTULO 8. Derechos y responsabilidades

- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Derechos y protecciones de Medicare*. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O puede llamar al 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 enumeran los pasos que debe seguir 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.
 - Los Capítulos 3 y 4 proporcionan los detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 proporcionan los detalles sobre su cobertura de medicamentos 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 explica cómo coordinar 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 ayudarle dándole información, haciendo preguntas y completando su atención.**
 - Para ayudarle a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores médicos sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que usted y su médico han acordado.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de hacerlo y de obtener una respuesta que puede entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúen de manera que ayuden a que las actividades en el consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios se desarrollen de manera ordenada.
- **Pague lo que adeuda.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Debe pagar las primas de su plan.
 - Debe continuar pagando una prima por su Medicare Parte B para seguir siendo miembro del plan.

CAPÍTULO 8. Derechos y responsabilidades

- Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, 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 la suma adicional para la Parte D por sus ingresos anuales, debe seguir pagando dicha suma directamente al Gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio del plan, necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* de nuestra área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

CAPÍTULO 9:

*Qué hacer si tiene algún problema
o queja
(decisiones de cobertura,
apelaciones, quejas)*

CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o 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?

En algunas normas, procedimientos y tipos de fechas límites explicados en este capítulo, se utilizan términos legales. La mayoría de las personas no conocen estos términos y pueden resultar difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Utiliza palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo, generalmente se usa la frase “hacer una queja” en lugar de “presentar un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de organización”, “determinación de cobertura” o “determinación en riesgo”, y “organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”.
- También se utiliza la menor cantidad de abreviaciones posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces bastante importante, que usted conozca los términos legales correctos. Conocer los términos que deben utilizarse le ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda y la información correspondientes para su situación. Para ayudarle a saber cuáles términos utilizar, hemos incluido los términos legales en las definiciones para tratar ciertos tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada

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 algún problema o 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 utilizar para tratar sus problemas?

Si tiene algún problema o duda, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente guía le ayudará.

¿Su problema o inquietud se relaciona con sus beneficios o su cobertura?

Esto incluye problemas para determinar si servicios de atención médica (artículos médicos, servicios médicos o medicamentos recetados de la Parte B) están cubiertos o no, la modalidad de cobertura y problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Continúe con la próxima sección de este capítulo, **Sección 4 : Una guía sobre los conceptos 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 algún problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****DECISIONES Y APELACIONES DE LA COBERTURA****SECCIÓN 4 Una guía de los conceptos básicos de decisiones de
cobertura y apelaciones****Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones:
panorama general**

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se utilizan en el caso de problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos recetados de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para temas tales como saber si un servicio está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

Solicitud de decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre la suma que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan le refiere a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o la Evidencia de Cobertura deja en claro que el servicio referido nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de que cubriremos un servicio médico particular o si se niega a proporcionarle la atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si necesita saber si cubrimos un tipo de atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos una decisión de cobertura para su caso.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechaza 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 solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud para una decisión de cobertura, enviaremos un aviso que explique por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos qué cubrimos y cuánto pagamos. En algunos casos, es posible que decidamos que la atención médica no está cubierta o que dejó de estar cubierta por Medicare. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentación de una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, usted puede solicitar una apelación expeditiva o **apelación rápida**

CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

de una decisión de cobertura. Otros revisores, que no son los que tomaron la decisión original, son los encargados de manejar su apelación.

El proceso de apelar una decisión por primera vez se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos correctamente las normas. Una vez que completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechaza 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 solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud para una apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso que explique por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si rechazamos toda o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente que no esté relacionada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.
- Para apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos su apelación total o parcial, deberá solicitar una apelación de nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se examinan con más detalle en la Sección 7 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión tomada en la apelación de nivel 2, es posible que pueda continuar con otros niveles de apelación (en la Sección 9 de este capítulo se explican los procesos de apelación de nivel 3, 4 y 5).

| |
|---|
| Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación |
|---|

Estos son los recursos si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos a Servicios para Miembros**.
- Puede obtener **ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico.
- **Su médico puede realizar una solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, tendrá que ser nombrado 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 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 se deniega su apelación en el Nivel 1, se derivará en forma automática al Nivel 2.

CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otro recetador pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, estos pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a otra persona que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, un 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 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.carefirst.com/medicareadvantage.) El formulario le concede permiso a esa persona para que actúe en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que actuará en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, solo podremos comenzar o completar nuestra revisión cuando lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días calendario después de haber recibido su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será destituida. En caso de que esto suceda, le enviaremos un aviso por escrito en el que se expliquen sus derechos para solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede contratar a su propio abogado o pedir el nombre de un abogado en la asociación de abogados local u otro servicio de remisiones. También existen grupos que ofrecen servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **usted no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo le da detalles para su situación?

Existen cuatro situaciones diferentes que involucran apelaciones y decisiones de cobertura. Dado que cada situación tiene normas y fechas límites diferentes, le damos los detalles de cada una en una sección diferente:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en el hospital más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto” (*Se aplica solo a estos servicios: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)*)

**CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

Si no está seguro de qué sección debería utilizar, llame a Servicios para Miembros. También puede pedir ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el SHIP.

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación contra 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 |
|--------------------|---|

En esta sección, se describen sus beneficios por atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las normas para los medicamentos recetados de Parte B son diferentes de las normas para los elementos médicos y los servicios.

En esta sección, se describe qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. Usted no recibe la atención médica que desea y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea administrarle y usted considera que esta atención está cubierta por el plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Ha recibido atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan, pero le hemos informado que no pagaremos por esta atención. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**
4. Ha recibido y pagado por la atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan y desea solicitar a nuestro plan el reembolso por esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Le han informado que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo (previamente aprobada por nosotros) será reducida o cancelada y considera que eso podría perjudicar su salud. **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 normas especiales a estos tipos de atención.

**CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o 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 llama una **determinación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Por lo general, se toma una decisión de cobertura estándar dentro de los 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida suele tomarse en un plazo de 72 horas, para los servicios médicos, o 24 horas, para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con los siguientes dos requisitos:

- *Solo puede solicitar* la cobertura de artículos o servicios de atención médica, no solicitudes de pago por artículos o servicios ya recibidos.
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo si*, con la aplicación de los plazos estándares, tanto *su salud como su capacidad de funcionar pueden resultar perjudicadas*.
- **Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente acordaremos otorgarle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si usted mismo solicita una decisión de cobertura rápida, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explica que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explica que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, se la comunicaremos automáticamente.
 - Explica cómo puede presentar una “queja rápida” por nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, enviar una carta o un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o que le brindemos la cobertura por la atención médica que usted desea. Esto lo puede hacer usted, su médico o su representante. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud por cobertura de atención médica y le informamos nuestra respuesta.

**CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

Para las decisiones de cobertura estándar utilizamos los plazos estándar

Esto significa que le brindaremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días más** si la solicitud es para un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si 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 del proceso que se utiliza para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida utilizamos un plazo 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 usted solicita una extensión, o si necesitamos mayor información que pueda beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días más**. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si usted considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas). Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa.

Paso 4: Si nuestra respuesta a su solicitud de cobertura por atención médica es negativa, puede apelar.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o 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.

Una “apelación rápida” también se denomina “**reconsideración acelerada**”.

Paso 1: decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Por lo general, se realiza una apelación estándar dentro de los 30 o 7 días para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se realiza en un plazo de 72 horas.

- Si presenta una apelación por una decisión que tomamos con respecto a una cobertura de atención médica que aún no ha recibido, usted o su doctor deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos indica que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una.
- 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, presente su apelación estándar 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 calendario** desde la fecha del aviso por escrito que le enviamos en respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberla cumplido, explique la razón del retraso de su apelación cuando la realice. Es posible que le demos más tiempo para hacer su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones, pueden incluirse los siguientes: una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o le entregamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Usted puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

Paso 3: consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, revisamos detalladamente toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Si es necesario, recopilaremos más información y posiblemente nos comunicaremos con usted o su médico.

CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas debemos responderle **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
 - Sin embargo, si usted solicita una extensión o si necesitamos más información que le puede beneficiar, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es sobre un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final de la extensión del plazo si tomamos días adicionales), estamos obligados a trasladar su solicitud en forma automática al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será sometida a revisión por una organización de revisión independiente. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación del Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es positiva respecto a una parte o a todo lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo 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 nuestra decisión por escrito y remitiremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le informará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta en un **plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos sobre nuestra decisión en un plazo menor si su estado de salud lo requiere.
 - Sin embargo, si usted solicita una extensión o si necesitamos más información que le puede beneficiar, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si usted considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas).
 - Si no le damos una respuesta en la fecha límite (o al final del período extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación del Nivel 2.

CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, debemos autorizar o proveer la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan tiene una respuesta negativa a una parte o a toda su apelación**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: cómo se hace una Apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se le denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso**.
- Tiene derecho a brindar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si 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 de revisión 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 calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para 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

CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- 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 calendario** 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 calendario** a partir del momento en que recibe la apelación.
- 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 calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le informa su respuesta.

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito junto con las razones que la justifican.

- **Si la 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 calendario 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 aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en la que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es total o parcialmente negativa**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina **confirmar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - Le explica 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. El aviso escrito que recibirá de la organización de revisión independiente le indicará la suma en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelación.
 - Le informa cómo presentar una apelación de Nivel 3.

CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo 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. También le informa cómo nos debe enviar la documentación en la que solicita que le paguemos.

Solicitar un reembolso significa que nos está solicitando una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación para solicitar el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que usted pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si usted cumplió con todas las normas para utilizar su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo en un plazo de 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si no pagó por la atención médica, 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 su lugar, enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos la atención médica y los motivos por los cuales no pagaremos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación.** Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 5.3. Para apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario de haber recibido su apelación. Si solicita un reintegro por atención médica que usted recibió y pago, no podrá solicitar una apelación rápida.

CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si la organización de revisión independiente decidió que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que ha solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

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 la incluyen cobertura de muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, su medicamento debe utilizarse para una indicación médica 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 no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de los cubramos.
- Si su farmacia le comunica que su receta médica no puede adquirirse tal como se indica, la farmacia le entregará un aviso por escrito para que se comunique con nosotros y solicite una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina **determinación de cobertura.**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre la suma que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección, se describe qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Pedirnos cobertura para un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario)*. **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**

CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- 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**
- Pagar un medicamento recetado que ya compró. **Solicitar un reembolso. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Solicitar cobertura para un medicamento que no está en la “Lista de medicamentos” a veces se denomina solicitar una **excepción al formulario**.

Solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una **excepción del formulario**.

Solicitar pagar un precio menor por un medicamento no preferido cubierto a veces se denomina solicitar una **excepción de categoría**.

Si un medicamento no está cubierto en la forma en que le gustaría que estuviera cubierto, puede solicitarnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión acerca de la cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro recetador deberán explicar las razones médicas que justifiquen por qué necesita que se apruebe la excepción. A continuación, detallamos tres ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro recetador pueden solicitarnos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura 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 de 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.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos”. Si aceptamos hacer una excepción y renunciar a una restricción aplicada a su caso, usted podrá solicitar una excepción por el monto del copago o coseguro que le exigimos que pague por el medicamento.
- 3. Cambiar la cobertura de un medicamento a una categoría más bajo de costo compartido.**
Todos los medicamentos de nuestra “Lista de Medicamentos” se incluyen en una de las cinco categorías de costo compartido. En general, cuanto menor sea la categoría de costo compartido, menor será la parte que deberá pagar por el costo del medicamento.

CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si nuestra “Lista de medicamentos” contiene medicamento(s) alternativo(s) para tratar su afección médica que se encuentra(n) en una categoría de costo compartido menor que su medicamento, nos puede solicitar que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica al/a los medicamento(s) alternativo(s).
- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitar su cobertura con un costo compartido menor. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por la suma de costo compartido que se aplica a la categoría más baja que contiene alternativas de marca para el tratamiento de su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por la suma de costo compartido que se aplica a la categoría más baja que contiene alternativas de marca o genéricas para el tratamiento de su afección.
- 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 especificar las razones médicas

Su médico u otro recetador deben entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico o de otro recetador cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra “Lista de medicamentos” incluye más de un medicamento para el tratamiento de una condición en particular. Estas diferentes posibilidades se llaman medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo es tan efectivo como el medicamento que usted solicita y no causa más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de categoría, por lo general, *no* aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que ninguno de los medicamentos alternativos en los niveles más bajos de costo compartido funcione igual de bien para usted o puedan causar una reacción adversa o cualquier otro daño.

Podemos responder afirmativa o negativamente a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud para una excepción, por lo general, nuestra aprobación es válida hasta el final del año del plan. Esto es válido siempre que su médico le continúe recetando el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su condición.

CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si respondemos negativamente a su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

Sección 6.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal

Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación de cobertura acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman dentro de las **72 horas** de haber recibido la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápida** se toman dentro de las **24 horas** después de haber recibido 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 solicitar un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar la decisión de cobertura rápida de un reintegro por un medicamento que ya compró).
- El uso de los plazos estándar puede causar graves daños a su salud o dañar su capacidad de funcionar.
- **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 respaldo de su médico o de otro profesional que receta, 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:
 - Explica que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explica que, si su médico u otro recetador solicita la decisión de cobertura rápida, se la comunicaremos automáticamente.
 - Explica cómo puede presentar una queja rápida por nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos su reclamo dentro de las 24 horas de la recepción.

Paso 2: Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience por llamar, enviar una carta o un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o que le brindemos la cobertura por la atención médica que usted desea. Usted también puede acceder al proceso para decisiones de cobertura mediante nuestro sitio web. Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito, incluidas las solicitudes que se presenten en el formulario de *solicitud de determinación de cobertura de modelo de CMS* en el formulario de nuestro plan, que está disponible

CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene la información de contacto. Puede acceder a una versión para imprimir del formulario o enviar su solicitud de determinación de cobertura electrónicamente a través de nuestro portal seguro para miembros, que puede encontrar en nuestro sitio web en <https://www.carefirst.com/medicare-options/compare-medicare-plans/drug-management-programs.html>. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamación rechazada se está apelando.

Esto lo puede hacer usted, su médico (u otro recetador) o su representante. Usted también puede buscar 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 solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que es la razón médica de la excepción. Su médico u otro recetador pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Como alternativa, su médico u otro recetador nos puede comunicar las razones por teléfono y luego enviar la declaración escrita por fax o correo, de ser necesario.

Paso 3: Consideramos su apelación y le comunicamos 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.
 - Con respecto a las excepciones, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda** su solicitud, debemos proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que todavía no ha recibido

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Con respecto a las excepciones, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda** su solicitud, debemos **proveer la cobertura** que hemos acordado proveer dentro de **las 72 horas** de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.

CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar acerca del pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle una respuesta en el plazo de **14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa 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 nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitar 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 **redeterminación acelerada**.

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 por un medicamento que aún no ha recibido, usted o su médico u otro recetador deberá decidir si requiere una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida detallados en la Sección 6.4 de este capítulo.

CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro recetador debe 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, presente una solicitud por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al 855-290-5744.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluidas las solicitudes presentadas en el *Formulario de solicitud para la determinación de cobertura CMS*, el cual está disponible en nuestro sitio web.** Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo 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 en <https://www.carefirst.com/medicare-options/compare-medicare-plans/drug-management-programs.html>.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** desde la fecha del aviso por escrito que le enviamos en respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberla cumplido, explique la razón del retraso de su apelación cuando la realice. Es posible que le demos más tiempo para hacer su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones, pueden incluirse los siguientes: una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o le entregamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

Paso 3: consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es probable que nos comuniquemos con usted o su médico u otro recetador para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas debemos responderle **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.** Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
 - Si no le informamos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, para que una organización de revisión independiente la revise. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** debemos proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas de haber recibido 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.

CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Plazos para una apelación estándar sobre un medicamento que todavía no ha recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta en un **plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud lo requiere.
 - Si no le informamos nuestra decisión en un plazo de 7 días calendario, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa 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 calendario** 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 en el plazo de **14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa para una parte o para todo lo que solicitó**, también debemos efectuarle el pago dentro de los **30 días calendario** después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos 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 será trasladada al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

| |
|---|
| Sección 6.6 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 |
|---|

| |
|---|
| Término legal |
| El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de Revisión Independiente . A veces se le denomina IRE . |

La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro recetador) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviamos incluirá instrucciones **sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, los plazos que se establecen y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **en riesgo** en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.**
- Tiene derecho a brindar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización decide otorgarle una apelación rápida, deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de recibida su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, la organización revisora deberá informarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro **de los 7 días calendario** después de recibida su apelación si es para un medicamento que 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 calendario** después de recibir la solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le informa su respuesta.

Para las apelaciones rápidas:

- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa para una parte o toda su solicitud**, debemos proveer la cobertura de medicamentos aprobada por la organización revisora **dentro de las 24 horas** después de haber recibido la decisión de la organización.

Para las apelaciones estándar:

CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o 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 aprueba una parte o toda su** solicitud de un reintegro por un medicamento que usted ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de recibida la decisión de la organización revisora.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde negativamente a 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 conoce como **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Le explica su decisión.
- Le informa de su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que está solicitando alcanza un determinado mínimo. Si el valor dólar de la cobertura del medicamento que solicita es muy bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión tomada en el nivel 2 será definitiva.
- Decirle 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, puede decidir si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si decide presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibió después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en el hospital más prolongada si usted considera que se le está dando el alta demasiado pronto

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho de recibir todos los servicios de hospital cubiertos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su internación cubierta en el hospital, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que reciba el alta. Le ayudarán a coordinar la atención que podrá requerir después del alta.

**CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- El día que usted se retira del hospital se denomina la **fecha de alta**.
- Cuando se determine su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una internación en el hospital más prolongada y su solicitud será considerada.

Sección 7.1 Durante su internación en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le informan sus derechos

En un plazo de dos días, 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.
- 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.

CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que extendamos el plazo de cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados, deberá recurrir al proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y las fechas límites.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico para su caso.

El **Organización de 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 analizar las fechas de alta del hospital de los beneficiarios de Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Deberá actuar rápidamente.

¿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 su apelación, debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad *antes* de abandonar el hospital y **a más tardar la medianoche del día de su alta.**
 - **Si cumple con este plazo,** puede quedarse en el hospital *posterior* su fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera obtener la decisión de la Organización de Mejoramiento de la Calidad.
 - **Si no cumple con este plazo** y decide quedarse en el hospital después de la fecha de alta planificada, *es posible que deba pagar el total de los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha planificada para el alta.
- Si usted no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad y aún desea presentar su apelación, deberá presentar en cambio la apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener más información acerca de esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización de Mejoramiento de Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente al que fuimos contactados, le entregaremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso indica la fecha de alta prevista y explica detalladamente los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente adecuado) 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), disponible 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 de Mejoramiento de Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de la Calidad (los *revisores*) le preguntará a usted (o a su representante) por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, consultarán a su médico y analizarán nuestra información y la del hospital.
- Antes del mediodía del día siguiente a la fecha en que los revisores nos informaron de su apelación, usted recibirá un aviso escrito de nuestra parte en el que se indica su fecha de alta prevista. En este aviso también se explican detalladamente los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente adecuado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: dentro del día completo después de haber recibido toda la información necesaria, la Organización de Mejoramiento de Calidad le informará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es positiva?

- Si la respuesta de la organización de revisión es *positiva*, **debemos continuar brindando los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si correspondiera). Además, puede haber limitaciones para sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta de la organización de revisión es *negativa*, significa que están indicando que su fecha programada para el alta es médicamente adecuada. Si esto sucede, **nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día posterior** a que la Organización de Mejoramiento de la Calidad le dé la respuesta a su apelación.

CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si la respuesta de la organización de revisión es *negativa* a su apelación y decide quedarse en el hospital, entonces **es posible que deba pagar el total del costo** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después de que la Organización de Mejoramiento de la Calidad le dé la respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad es *negativa* a tu apelación, y permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, entonces puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa **al Nivel 2** del proceso de apelación.

| |
|--|
| Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital |
|--|

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de Calidad analizar nuevamente la decisión de su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de su internación posterior a la fecha de alta programada.

Paso 1: contacte a la Organización de Mejoramiento de Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión en un **plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si usted permanece en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de atención médica.

Paso 2: la Organización de Mejoramiento de Calidad efectúa una segunda revisión de su caso.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario después de la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión respecto de su apelación y se la informarán.

Si la respuesta de la organización de revisión es afirmativa:

- **Deberemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de atención hospitalaria que usted recibió a partir del mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización de Mejoramiento de Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados, siempre que sea médicamente necesario.**
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos, y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si la respuesta de la organización de revisión es negativa:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1. Esto se denomina “confirmar la decisión”.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si continuará su apelación en el Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si desea continuar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

| |
|---|
| Sección 7.4 ¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para hacer su apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital? |
|---|

| |
|----------------------|
| Término legal |
|----------------------|

| |
|--|
| Una revisión rápida (o apelación rápida) también se conoce como una apelación acelerada . |
|--|

Puede presentar una apelación

Como se explicó anteriormente, debe actuar de forma rápida para iniciar su apelación de Nivel 1 de fecha de alta hospitalaria. Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad, puede presentar la apelación por otros medios.

Si utiliza esta otra forma para presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Paso 1: comuníquese con nosotros para solicitar una revisión rápida.

- **Solicite 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.

CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: efectuamos una revisión rápida de su fecha de alta programada y verificamos si es correcta desde el punto de vista médico.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estancia en el hospital. Verificamos si su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Vemos si la decisión sobre cuándo debe dejar el hospital fue justa y si se cumplieron todas las normas.

Paso 3: le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de haber solicitado 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 brindando los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaba. (Debe pagar su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones a la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación**, lo que estamos diciendo es que la fecha de alta programada era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que decidimos que finalizaría su cobertura.
 - 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 *alternativa* de Nivel 2

| Término legal |
|---|
| El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de Revisión Independiente . A veces se le denomina IRE . |

La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 1: su caso será trasladado automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas después de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, podrá presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: la organización de revisión independiente efectúa una revisión rápida de su apelación. Los revisores le informan su respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detalladamente toda la información relacionada con su apelación por el alta del hospital.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, debemos devolverle el dinero de nuestra parte de los costos de la atención que usted recibió en el hospital desde su fecha de alta programada. También debemos continuar con la cobertura del plan por sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted deberá continuar pagando su parte de los costos. Si se aplican limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la suma de nuestro reembolso o el tiempo por el que podríamos continuar con la cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que están de acuerdo en que su fecha de alta programada del hospital era correcta desde el punto de vista médico.
 - 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 decide si acepta la decisión o si desea continuar con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si los revisores contestan no a su apelación de Nivel 2, usted decide si desea continuar a 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 algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto

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 domiciliaria, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria)** cubiertos, tiene el derecho de continuar recibiendo sus servicios cubiertos por ese tipo de atención durante el tiempo necesario para realizar el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de finalizar la cobertura para cualquiera de los tres tipos de atención que usted recibe, debemos informarle por anticipado. Cuando finalice su cobertura por esa atención, dejaremos de *pagar nuestra parte de los costos por su atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le indicaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura

Término legal

Aviso de no cobertura de Medicare. Le indica cómo puede solicitar una **apelación acelerada**. Solicitar una apelación rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo finalizará su atención.

- 1. Usted recibe un aviso por escrito**, al menos, dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso se indica lo siguiente:
 - La fecha en la que finalizaremos la cobertura de su atención.
 - Cómo solicitar una apelación rápida para solicitar que continuemos cubriendo su atención durante un período más prolongado.
- 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.** Si firma el aviso, demuestra *solamente* que recibió la información sobre la finalización de su cobertura. **Firmarlo no significa que está de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

**CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o 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 prolonguemos la cobertura de su atención, deberá recurrir al proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y las fechas límites.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

La **Organización de Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes el Gobierno federal les paga para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas cubiertas por Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan respecto de cuándo finaliza la cobertura de ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de Calidad y solicite una *apelación rápida*. Deberá actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- Mediante el aviso escrito que recibió (*Aviso de No Cobertura de Medicare*), se le informa cómo comunicarse con esta organización. O 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:

- Debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación **a más tardar al mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor** en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si usted no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad y aún desea presentar su apelación, deberá presentar la apelación directamente ante nosotros. Para obtener más información acerca de esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: la Organización de Mejoramiento de Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre los motivos de la finalización de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de Calidad (los revisores) le consultarán a usted (o a su representante) las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, consultará con su médico y analizará la información que nuestro plan le ha entregado.
- Una vez que los revisores nos comuniquen su apelación, usted recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** de nuestra parte en la cual le explicamos en forma detallada las razones para terminar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro de un día completo después de haber recibido toda la información que requieren, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores es positiva?

- Si los revisores aceptan su apelación, **debemos continuar brindando los servicios cubiertos mientras estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Puede haber limitaciones para sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores es negativa?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, 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 total del costo** de esta atención usted mismo.

CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención, podrá presentar una apelación de Nivel 2.

| |
|--|
| Sección 8.4 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo |
|--|

Durante una apelación de Nivel 2, usted 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 algún problema o 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

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad e iniciar su primera apelación (dentro de un día o dos, a más tardar). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, puede presentar la apelación por otros medios. Si utiliza esta otra forma para presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

| |
|----------------------|
| Término legal |
|----------------------|

| |
|---|
| Una revisión rápida (o apelación rápida) también se conoce como una apelación acelerada. |
|---|

Paso 1: comuníquese con nosotros para solicitar 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 la decisión que tomamos por la finalización de la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a analizar toda la información relacionada con su caso. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando establecimos la fecha de finalización de la cobertura del plan por los servicios que usted recibía.

CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de haber solicitado 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 aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaba. (Debe pagar su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones a la cobertura).
- **Si nuestra respuesta a su apelación 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, **deberá pagar el total del costo** de esta atención.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Término legal

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **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, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos para su apelación rápida. Esta organización decide si debería cambiarse la decisión. **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que Medicare contrata.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una empresa seleccionada por Medicare para actuar como organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: su caso será trasladado automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas después de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, podrá presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: la organización de revisión independiente efectúa una revisión rápida de su apelación. Los revisores le informan su respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta su apelación rápida***, 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. También debemos prolongar la cobertura de la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted deberá continuar pagando su parte de los costos. Si se aplican limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la suma de nuestro reembolso o el tiempo por el que podríamos continuar con la cobertura de 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 contesta negativamente a su apelación, usted decide si acepta la decisión o si desea continuar con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, lo que suma un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- Una apelación de Nivel 3 es revisada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. 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 su apelación al Nivel 3 y más

Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede aplicar para su caso si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor dólar del producto o servicio médico que apeló alcanza ciertos niveles mínimos, podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el valor dólar es inferior al nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. La respuesta por escrito que reciba por su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos de las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Apelación de Nivel 3 Un Juez de Derecho Administrativo o 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 mediador acepta su apelación, el proceso de apelación puede o no terminar.** A diferencia de una decisión de apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que es favorable para usted. Si apelamos la decisión, pasará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario 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 acompañada de los documentos correspondientes. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer la atención médica en disputa.
- **Si la respuesta del Juez de Derecho Administrativo o del abogado mediador con respecto a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones podría o no terminar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones 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 rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones podría o no terminar.** A diferencia de una decisión del Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones podría o no terminar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es probable que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo contesta negativamente a su apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez del Tribunal del Distrito Federal revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se *acepta* o *no* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después de la Corte de Distrito Federal.

CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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.**
 - 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.

CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o 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 se acepta su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal del Distrito Federal.

PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar un reclamo por la calidad de atención, tiempos de espera, atención al cliente u otros reclamos

Sección 10.1 ¿Qué tipo de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas *solo* se utiliza para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el procedimiento para quejas.

| Queja | Por ejemplo |
|---|---|
| Calidad de su atención médica | <ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme 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"> • ¿Alguna persona le ha tratado en forma grosera o irrespetuosa? • ¿No está satisfecho con nuestros Servicios para Miembros? • ¿Siente que le han insinuado que debe dejar el plan? |
| Tiempos de espera | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para acordar una cita, o ha tenido que esperar demasiado? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud le han hecho esperar demasiado tiempo? ¿O a nuestros Servicios para Miembros u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ◦ A modo de ejemplo podemos mencionar los siguientes: esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o exámenes médicos o al adquirir una receta médica. |
| Limpieza | <ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico? |
| Información que recibe de nosotros | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Fallamos en proporcionarle un aviso obligatorio? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender? |

CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

| Queja | Por ejemplo |
|---|--|
| <p>Prontitud (Estos tipos de quejas siempre están vinculados con la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)</p> | <p>Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. A modo de ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos solicitó una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida y le contestamos de forma negativa; puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo los plazos de las decisiones de cobertura o de las apelaciones; puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo los plazos para cubrir o reembolsar determinados servicios médicos, artículos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • 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 denomina **queja formal**.
- **Presentar una queja** también se llama **presentar una queja formal**.
- **Utilizar el proceso para quejas** también se denomina **utilizar el proceso para presentar una queja formal**.
- Una **queja rápida** también se denomina **queja formal expeditiva**.

Sección 10.3 Paso a paso: presentar una queja

Paso 1: contáctenos inmediatamente, 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, se la responderemos por escrito.

**CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- **Proceso para quejas formales estándar:** usted puede presentar una queja formal mediante una llamada a Servicios para Miembros al número que aparece 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 que 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 deberá llamar a Servicios para Miembros. Se revisará una queja formal expeditiva dentro de las 24 horas posteriores a su recepción. Le llamaremos para comunicarle el resultado de su queja formal expeditiva.
- La **fecha límite** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea quejarse.

Paso 2: analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante el mismo llamado.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es en beneficio suyo o si usted pide una extensión, podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos 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 dentro de las 24 horas.**

**CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene algún problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- **Si no estamos de acuerdo** con su queja de forma total o parcial, o bien no asumimos la responsabilidad por el problema que motivó su reclamo, incluiremos nuestros motivos en la respuesta que le demos.

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:

*Finalización de su 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 su membresía a nuestro plan?

| |
|---|
| Sección 2.1 Usted puede poner fin a su membresía durante el Período de inscripción anual |
|---|

Usted 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 médica y de medicamentos, y tome una decisión sobre su cobertura para el siguiente año.

- **El Período de Inscripción Anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o realizar cambios en su cobertura para el siguiente año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de 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 rechazado la inscripción automática.

Nota: Si cancela la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura válida para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando la cobertura de su nuevo plan entre en vigencia el 1 de enero.

CAPÍTULO 10. Finalización de su membresía en el plan**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 un **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 una lista completa puede contactar al plan, llamar a Medicare o visitar la página web de Medicare (www.medicare.gov):
 - Usualmente cuando se ha mudado.
 - Si tiene Medicaid a través del Maryland Department of Health.
 - Si es elegible para que “Ayuda Adicional” pague sus recetas médicas de Medicare.
 - Si infringimos el contrato con usted.
 - Si está recibiendo atención médica en una institución, como una residencia para ancianos o un hospital de atención a largo plazo.
 - Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE).
 - [Nota: Si participa 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** según su situación.

Para conocer si es elegible para el Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía por un caso especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- – *u* – Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

Nota: Si cancela la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura válida para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D si se inscribe más adelante 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 cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare distinto, Medicare le puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya desistido de una 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.**
- Encuentre la información en el manual *Medicare y usted 2024*
- Comuníquese 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 terminar su 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 su membresía, usted debe continuar recibiendo sus servicios médicos, artículos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe seguir recibiendo atención médica, artículos y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Siga utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando las farmacias de nuestra red o servicios de farmacia de pedido por correo para surtir sus recetas.**
- **Si usted está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, la hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta (aun si le dan el alta después de que comience la nueva cobertura médica).**

SECCIÓN 5 CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced debe cancelar su membresía a nuestro plan en ciertos casos

| |
|---|
| 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 tiene Medicare Parte A y Parte B.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera del área de servicio por un período mayor a 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 es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano estadounidense ni reside legalmente en los Estados Unidos.
- Si brinda información falsa u omite comunicar la existencia de otro seguro que le provee la cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarle a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si se comporta continuamente de manera inapropiada y nos dificulta la provisión de atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos obligarle a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarle a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
 - Si terminamos su membresía por este motivo, Medicare podría pedir que el inspector general investigue el caso.
- Si no paga las primas del plan durante 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.

CAPÍTULO 10. Finalización de su membresía en el plan

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

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 proveen planes de Medicare Advantage, como el nuestro, deben cumplir las leyes Federales contra la discriminación, incluidos el Capítulo VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y demás leyes que rigen para organizaciones que obtienen fondos Federales, y demás leyes y normas que rigen por cualquier otra razón.

Para obtener más información o si tiene alguna duda sobre discriminación o trato injusto, por favor llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Department of Health and Human Services al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Department of Health and Human Services 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 ayudarle.

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: un Centro de cirugía ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el objetivo de suministrar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no precisan hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no supera las 24 horas.

Período de inscripción anual: el período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año cuando los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos, o cambiarse a Original Medicare.

Apelación: una apelación es una medida que toma usted si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados o por el pago de servicios o medicamentos que usted ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de cancelar los servicios que está recibiendo.

Facturación del saldo: cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente una suma mayor a la suma de costo compartido permitido del plan. Como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced, usted solo tiene que pagar el monto del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores realicen **facturaciones de saldo** o que de otro modo le cobren más del monto de costo compartido que debe pagar según se establece en su plan.

Período de beneficios: la forma que utiliza nuestro plan y Original Medicare para medir su uso de los servicios que recibe en un hospital y 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 en un centro de enfermería especializada después de que ha finalizado un periodo de beneficios, comienza un nuevo periodo de beneficios. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios. 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. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios.

Producto biológico: un medicamento recetado que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. Los biosimilares generalmente funcionan tan bien y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Biosimilar: un medicamento recetado que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares generalmente funcionan tan bien y son tan seguros como el producto biológico original; sin embargo, los biosimilares por lo general requieren una nueva receta para sustituir el producto biológico original. Los biosimilares intercambiables cumplen con requisitos adicionales que les permiten sustituir el producto biológico original en la farmacia sin una nueva receta, sujeto a las leyes estatales.

Medicamento de marca: un medicamento recetado fabricado y comercializado por la empresa farmacéutica que realizó el trabajo de investigación y desarrollo original del medicamento. Los medicamentos de marca poseen la misma fórmula del ingrediente activo que la versión genérica

CAPÍTULO 12. Definiciones de términos importantes

del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y comercializados por otros fabricantes de medicamentos y, generalmente, solo están disponibles cuando la patente del medicamento de marca ha vencido.

Etapas de cobertura catastrófica: la etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) han gastado \$8,000 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal a cargo de la administración de Medicare.

Plan de necesidades especiales de atención crónica: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o discapacitantes, según se define en 42 CFR 422.2, incluida la restricción de la inscripción en función de múltiples enfermedades comórbidas comunes y agrupaciones de condiciones relacionadas clínicamente, especificadas en 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

Coseguro: una suma que quizá deba pagar, expresada como un porcentaje (por ejemplo, el 20 %), como su parte del costo por los servicios o los medicamentos recetados.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **presentar una queja formal**. El proceso para presentar quejas *solo* se utiliza para determinados problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También incluye quejas si su plan no cumple con los tiempos designados en el proceso de apelación.

Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF): un centro que provee principalmente servicios de rehabilitación a pacientes que tuvieron una enfermedad o lesión como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del contexto familiar.

Copago: suma que debe pagar como parte del costo por servicios o suministros médicos tales como una consulta con el médico, una consulta en un centro hospitalario de atención ambulatoria o un medicamento recetado. El copago es una suma fija (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a las sumas que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. Esto se agrega a la prima mensual del plan. En la distribución de costos, se incluye cualquier combinación de los tres tipos de pagos siguientes: (1) cualquier suma fija de copago que un plan exige para recibir servicios o medicamentos específicos o (2) cualquier suma de coseguro, un porcentaje de la suma total pagada por un servicio o medicamento que el plan exige para recibir servicios o medicamentos específicos.

Categoría de costo compartido: cada medicamento incluido en la lista de medicamentos cubiertos se clasifica en una de las cinco categorías de costo compartido. En general, cuanto más alta es la categoría de costo compartido, mayor es su costo por el medicamento.

Determinación de cobertura: una decisión del plan para cubrir un medicamento recetado y la suma, si corresponde, que usted debe pagar por la receta médica. En general, si lleva su receta médica a una farmacia y la farmacia le informa que el medicamento recetado no está cubierto por

CAPÍTULO 12. Definiciones de términos importantes

su plan, no estamos frente a una determinación de cobertura. Debe llamar o enviar una carta a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura**.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los servicios de atención médica y suministros cubiertos por nuestro plan.

Cobertura válida para medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que debe cubrir, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Los beneficiarios de este tipo de cobertura, cuando se vuelven elegibles para Medicare, generalmente pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Atención de custodia: la atención de custodia es atención personal brindada en una residencia para ancianos, centro de cuidados paliativos u otra instalación, cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención de custodia, proporcionada por personas sin capacitación ni destrezas profesionales, incluye la ayuda para actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, entrar o salir de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hace por su cuenta como, por ejemplo, utilizar gotas para los ojos. Medicare no cubre la atención de custodia.

Tasa de costo compartido diario: una “tasa de costo compartido diario” puede aplicarse cuando su médico le recete menos de un suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba abonar un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido entre la cantidad de días en el suministro de un mes. Ejemplo: Si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de \$30 y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, su tasa de costo compartido diario es de \$1 por día.

Cancelar inscripción o cancelación de inscripción: el proceso de cancelar su membresía en el plan.

Cargo por prescripción: una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y envasar la receta.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico para fines médicos. Los ejemplos incluyen caminadores, sillas de rueda, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si es una mujer embarazada,

CAPÍTULO 12. Definiciones de términos importantes

la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o bien la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención médica de emergencia: servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor calificado para administrar servicios de emergencia, y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (EOC) e Información de Divulgación: este documento, junto con el formulario de inscripción y otros anexos, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, describe su cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está incluido en nuestro formulario (una excepción de formulario) o adquirir un medicamento no preferido en una categoría de costos compartidos más bajo (una excepción de categoría). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que usted pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, o si el plan establece límites por la cantidad o dosis del medicamento que solicita (una excepción de formulario).

“Ayuda Adicional” (Extra Help): un programa de asistencia económica de Medicare o del Estado destinado a personas de bajos ingresos y recursos para pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico: un medicamento recetado aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) por poseer los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico posee el mismo mecanismo de acción que el medicamento de marca pero, generalmente, su costo es inferior.

Queja formal: tipo de reclamo que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluidas las quejas por la calidad de atención. Esto no incluye disputas por cobertura o pagos.

Asistente de atención médica domiciliaria: una persona que provee servicios que no requieren las destrezas de un miembro del personal de enfermería o terapeuta autorizado, como asistencia de cuidados personales (p. ej., para bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Centro de cuidados paliativos: un beneficio que proporciona un tratamiento especial para un miembro que está médicamente certificado como persona con una enfermedad terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, es decir, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si opta por un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, aún es miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios así como otros beneficios suplementarios que ofrecemos.

Internación en hospital: sucede cuando un paciente se ingresa formalmente a un hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio.

Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado según se informó en su declaración de impuestos del IRS hace 2 años es superior a una

CAPÍTULO 12. Definiciones de términos importantes

suma determinada, pagará la suma prima estándar y una Suma de Ajuste Mensual Conforme con los Ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se ven afectadas; por lo tanto, la mayor parte no abonará una prima más alta.

Límite de cobertura inicial: el máximo límite 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 \$5,030.

Período de inscripción inicial: período en que puede inscribirse en la Parte A y Parte B de Medicare cuando es elegible para Medicare por primera vez. Si usted es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el periodo de 7 meses que comienza tres meses antes del mes en que cumple 65 años, incluido el mes en que cumple 65 años y finaliza tres meses después del mes en que cumple 65 años.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda Adicional (Extra Help)”.

Monto máximo de gastos de bolsillo: pago máximo que puede hacer de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B dentro de la red. Las sumas que paga por las primas del plan, primas de Medicare Parte A y Parte B, y medicamentos recetados no cuentan para el cálculo de la suma máxima de su bolsillo.

Medicaid (o Medical Assistance): un programa mixto federal y del estado que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid estatales varían, pero la mayoría de los costos de atención médica se encuentran cubiertos si usted reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.

Indicación médicamente aceptada: consiste en el uso de un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos, o avalado por determinados libros de referencia.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa de seguro médico federal para mayores de 65, algunas personas menores de 65 con ciertas discapacidades y pacientes que sufren insuficiencia renal en etapa terminal (generalmente aquellos con insuficiencia renal permanente que deben recibir servicios de diálisis o un trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta en Medicare Advantage: período desde 1.º de enero hasta el 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare en ese momento. El período de inscripción

CAPÍTULO 12. Definiciones de términos importantes

abierta en Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una empresa privada bajo contrato con Medicare para proveerle todos los beneficios de la Parte A y Parte B de Medicare. Un plan de Medicare Advantage puede ser i) un HMO, ii) un PPO, iii) un Plan Privado de Pago por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o un iv) Plan de Cuentas de Ahorros Médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan para Necesidades Especiales (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 denominan **Planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Plan de costos de Medicare: el plan de costos de Medicare es un plan operado por la Health Maintenance Organization (HMO) o Competitive Medical Plan (CMP) conforme a un contrato de reembolso de costos, según la sección 1876(h) de la Ley.

Programa de descuentos durante la Etapa de brecha en la cobertura de Medicare: un programa que brinda descuentos sobre la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D cubiertos a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa de brecha en cobertura y no se encuentren recibiendo “Ayuda Adicional (Extra Help)”. Los descuentos se realizan según los acuerdos establecidos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y B de Medicare. El término “Servicios Cubiertos por Medicare” no incluye los beneficios adicionales, como servicios para la vista, dentales o auditivos, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

Plan de salud de Medicare : un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene contratos con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y Parte B a personas que se inscriben en el plan. El término incluye todos los planes de Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Planes para Necesidades Especiales los Programas de Demostración o Piloto y los Programas de Atención para Ancianos con Todo Incluido (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro de asistencia económica para la compra de medicamentos recetados, vacunas, compuestos biológicos y ciertos suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por Medicare Parte A o Parte B.

Póliza “Medigap” (seguro suplementario de Medicare): el seguro suplementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para cubrir las *brechas* en Original Medicare. Las pólizas Medigap solo se aplican a Original Medicare. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

CAPÍTULO 12. Definiciones de términos importantes

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): un beneficiario de Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios por medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: Proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otras instalaciones de atención médica que están autorizadas o certificadas por Medicare y por el Estado para brindar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como el pago total y, en algunos casos, para coordinar y proveer servicios cubiertos a 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 le corresponde pagar a usted por los artículos o servicios cubiertos. En este documento, las determinaciones de una organización se denominan “decisiones de cobertura”.

Original Medicare ("Medicare Tradicional" o Medicare "pago por cada servicio"): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y planes de medicamentos recetados. Según Original Medicare, los servicios de Medicare son cubiertos mediante el pago de las sumas establecidas por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. A usted le corresponde pagar el deducible. Medicare paga su parte de la suma aprobada por Medicare y Usted paga la suya. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (Seguro de hospital) y Parte B (Seguro médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacias fuera de la red: un farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan relacionado con la coordinación o provisión de medicamentos cubiertos para los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que adquiere de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan salvo en ciertos casos.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan relacionado con la coordinación o provisión de servicios cubiertos para los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores no contratados ni operados ni de propiedad de nuestro plan.

Gastos de bolsillo: vea la definición anterior de costo compartido. El requisito de costo compartido debido al cual un miembro debe pagar una porción de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de “gastos de su bolsillo” del miembro.

Plan PACE: un Plan PACE (Programa- Atención para Ancianos con Todo Incluido [Program of All-Inclusive for the Elderly, PACE]) combina de atención médica, social y a largo plazo (LTSS), y está destinado a ayudar a que personas frágiles continúen siendo independientes y viviendo en

CAPÍTULO 12. Definiciones de términos importantes

su comunidad (en lugar de mudarse a una residencia para ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben beneficios de Medicare y de Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: el Programa de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare voluntario.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos como medicamentos cubiertos de la Parte D. Cada plan debe cubrir determinadas categorías de medicamentos de la Parte D.

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 de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado brindar tratamiento a los miembros del plan por el pago de una suma específica. Un Plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan ya sea que se reciban de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. La suma de costo compartido correspondiente a los miembros en general será más alta cuando se reciban los beneficios del plan a través de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de gastos de su bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto de gastos de su bolsillo totales combinados por servicios recibidos tanto de proveedores dentro la red (preferidos) como de proveedores fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico que se efectúa a Medicare, una compañía de seguros o un plan de salud por cobertura médica o medicamentos recetados.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor al que consulta primero por la mayoría de sus problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de visitar 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 en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el formulario.

Protésicos y ortóticos: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda, cuello, miembros y ojos artificiales; y aparatos necesarios para reemplazar una parte o una función corporal interna, como suministros ostómicos y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO): un grupo de médicos y otros expertos en salud que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare.

CAPÍTULO 12. Definiciones de términos importantes

Límites de cantidad: una herramienta administrativa diseñada para establecer límites al uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites se pueden establecer por la cantidad de medicamento que cubrimos por receta médica o por un período de tiempo específico.

Herramienta de beneficios en tiempo real (Herramienta de precios de medicamentos): un portal o una aplicación informática en la que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada, específica del afiliado y de beneficios. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos del formulario que se pueden usar para la misma afección médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Área de servicio: un área geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un determinado plan de salud. En el caso de planes que restringen la lista de médicos y hospitales a los que puede acudir, generalmente también es el área en la que puede obtener servicios de rutina (servicios que no se consideren de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de modo permanente.

Atención en centros de enfermería especializada (SNF): servicios de enfermería especializada y rehabilitación provistos en un centro de enfermería especializada en forma diaria y continua. Entre algunos de los ejemplos de atención, podemos incluir fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un miembro del personal de enfermería o un médico.

Período especial de inscripción : un lapso durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos a Original Medicare. Las situaciones en las que podría ser elegible para un Período especial de inscripción incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda Adicional” para los costos de medicamentos recetados, si se muda a una residencia para ancianos o si infringimos nuestro contacto con usted.

Plan para necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, los residentes en una residencia para ancianos o los que sufren ciertas afecciones médicas de tipo crónico.

Terapia escalonada: una herramienta de uso que establece que usted primero debe probar otro medicamento para tratar su cuadro médico antes de que podamos cubrir un medicamento que su médico pudo haber recetado inicialmente.

Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas de bajos ingresos y recursos con discapacidades, ceguera, o mayores de 65. Los beneficios SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios requeridos urgentemente: servicios cubiertos que no son de emergencia, prestados cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no se pueda tener acceso a ellos de manera

CAPÍTULO 12. Definiciones de términos importantes

temporal o cuando el afiliado esté fuera del área de servicio. Por ejemplo, si 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. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., EST, los 7 días de la semana del 1 octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, del 1 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. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., EST, los 7 días de la semana del 1 octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, del 1 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 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.