

CareFirst

Medicare Advantage

2025

Evidencia de Cobertura

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential (PPO)

Del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es un plan PPO con un contrato de Medicare. La inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage depende de la renovación del contrato.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage PPO, Inc., que es un licenciario independiente 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.

Y0154_H7379_001_MA02338_C_SPN

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Evidencia de Cobertura:

Sus beneficios y servicios médicos y cobertura de medicamentos recetados de Medicare como Miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage EssentialPPO

Este documento proporciona información detallada acerca de la cobertura de la atención médica y de los medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2025. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, póngase en contacto con Servicios para Miembros al 833-536-2001. (Los usuarios de TTY deberán llamar al 711). El horario de atención es 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, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. Esta llamada es gratuita.

Este plan, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential, es ofrecido por CareFirst Advantage PPO, 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”, significa CareFirst Advantage PPO, Inc. (d/b/a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage). Cuando se mencione el “plan” o “nuestro plan”, significa CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential).

Este documento se encuentra disponible de forma gratuita en español.

Para 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 folleto). También podemos brindarle información en Braille, letra grande u otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita.

El beneficio, la prima, el deducible o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de 2026.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos los cambios a los inscritos afectados con, al menos, 30 días de 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 un reclamo 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_H7379_001_MA02338_C_SPN

OMB Approval 0938-1051 (Expires: August 31, 2026)

Índice**Evidencia de cobertura 2025****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 Essential	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>Recursos y números de teléfono importantes</i>	18
SECCIÓN 1	Contactos de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential (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 Seguros de Salud (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 que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados	31
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios	34
SECCIÓN 9	¿Tiene algún seguro grupal o algún otro seguro médico de su empleador?	35
CAPÍTULO 3:	<i>Cómo usar el plan para sus servicios médicos</i>	36
SECCIÓN 1	Conceptos que debe conocer acerca de cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	37
SECCIÓN 2	Utilizar proveedores de red y fuera de la red para obtener su atención médica	38
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios si tiene una emergencia o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre	41

Índice

SECCIÓN 4	¿Cómo proceder si se le factura directamente por los gastos totales de sus servicios?	44
SECCIÓN 5	¿Cómo son cubiertos sus servicios médicos cuando usted participa en un estudio de investigación clínica?	44
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica	46
SECCIÓN 7	Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero	47
CAPÍTULO 4:	<i>Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)</i>	50
SECCIÓN 1	Explicación sobre sus gastos de bolsillo para servicios cubiertos	51
SECCIÓN 2	Use el <i>Cuadro de beneficios médicos</i> para conocer qué tiene cubierto y cuánto deberá pagar	53
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	126
CAPÍTULO 5:	<i>Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D</i>	129
SECCIÓN 1	Introducción	130
SECCIÓN 2	Surta los medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan	130
SECCIÓN 3	Los medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan	134
SECCIÓN 4	Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	136
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de los medicamentos no tiene la cobertura que usted desea?	138
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de los medicamentos?	141
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	143
SECCIÓN 8	Surtir una receta	144
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	145
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos	147
CAPÍTULO 6:	<i>Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D</i>	150
SECCIÓN 1	Introducción	151
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	153
SECCIÓN 3	Enviamos informes con la descripción de pagos por sus medicamentos y la etapa de pago en la cual usted se encuentra	154
SECCIÓN 4	No hay deducibles para CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential.	156

Índice

SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de los medicamentos y usted paga la suya	156
SECCIÓN 6	Durante la Etapa de cobertura en caso de catástrofe, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D	161
SECCIÓN 7	Vacunas de la Parte D. Lo que debe pagar depende de cómo y dónde las compre	161
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>	163
SECCIÓN 1	Situaciones en las que usted debería solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de sus medicamentos o servicios cubiertos	164
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que ha recibido	166
SECCIÓN 3	Consideraremos la solicitud de pago y le responderemos sí o no	167
CAPÍTULO 8:	<i>Sus derechos y responsabilidades</i>	168
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	169
SECCIÓN 2	Usted tiene responsabilidades como miembro del plan	183
CAPÍTULO 9:	<i>Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)</i>	185
SECCIÓN 1	Introducción	186
SECCIÓN 2	Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada	186
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar sus problemas?	187
SECCIÓN 4	Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones	188
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación contra una decisión de cobertura	191
SECCIÓN 6	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	199
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	209
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto	214
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más	218
SECCIÓN 10	Cómo presentar un reclamo por la calidad de atención, tiempos de espera, atención al cliente u otros reclamos	221

Índice

CAPÍTULO 10: <i>Finalización de su membresía en el plan</i>	225
SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan	226
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	226
SECCIÓN 3 ¿Cómo terminar su membresía en nuestro plan?	229
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus servicios médicos, artículos y medicamentos a través de nuestro plan	229
SECCIÓN 5 CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential debe cancelar su membresía en nuestro plan en ciertos casos	230
CAPÍTULO 11: <i>Avisos legales</i>	232
SECCIÓN 1 Aviso de leyes aplicables	233
SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación	233
SECCIÓN 3 Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare	233
SECCIÓN 4 Responsabilidad civil ante terceros y subrogación	234
CAPÍTULO 12: <i>Definiciones de términos importantes</i>	236

CAPÍTULO 1:

Inicio como miembro

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro**SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Está inscrito en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential, que es una PPO de Medicare**

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 Essential. Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, la distribución de costos y el acceso a los proveedores en este plan son diferentes a los de Original Medicare.

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential es un plan PPO de Medicare Advantage (PPO significa Organización de Proveedores Preferidos). Al igual que todos los planes de salud de Medicare, este plan Medicare PPO está aprobado por Medicare y dirigido por una compañía privada.

La cobertura bajo este plan se considera una Cobertura de salud calificada (QHC) y satisface el requisito de responsabilidad individual compartida 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 indica cómo conseguir atención médica y medicamentos recetados. Explica sus derechos y responsabilidades, qué está cubierto, qué paga como miembro del plan y cómo presentar un reclamo 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 disponibles para usted como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential.

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 Essential 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 Essential entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

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 Essential después del 31 de diciembre de 2025. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicios diferente, después del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential 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 reúne los requisitos para la membresía en nuestro plan siempre que:

- Tenga la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare
- -- y -- viva en nuestra área geográfica de cobertura de servicios (en la Sección 2.2 a continuación, se detalla nuestra área de servicio). Las personas encarceladas no se consideran residentes en el área geográfica de servicio a pesar de que se encuentran físicamente en ella.
- -- y -- sea ciudadano estadounidense o esté legalmente autorizado para estar en los Estados Unidos.

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

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential solo está disponible para las 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 los siguientes estados: Maryland

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

Un 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 Essential si usted no cumple con los requisitos para seguir siendo miembro en función de este requisito. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential 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 cualquiera de 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:

	< CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential (PPO) >	carefirst.com/medicareadvantage 
Member Name <F_NAME M_INIT L_NAME> Member ID <M_JX> <SBSB_ID>	PCP Office IN: <\$X> OON: <\$X> Specialist Office IN: <\$X> OON: <\$X> Urgent Care Center IN: <\$X> OON: <\$X> Emergency Room IN: <\$X> OON: <\$X>	<CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential (PPO)> Medical Claim Submission Address for CareFirst Service Area Providers Medicare Medical Claims P.O. Box 4495, Scranton, PA 18505 Rx Claims Submission Address Medicare Prescription Drug Claims P.O. Box 52066, Phoenix, AZ 85072-2066 Dental Claims Submission Address Medicare Dental Claims PO Box 44115, Lexington, KY 40512 For non-Medicare covered routine vision claims, file with Davis Vision. For routine hearing claims, file with Nations Benefits. <small>CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is the business name of CareFirst Advantage PPO, Inc., an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. <CST MA02625IND 18/24></small>
Effective Date <M_R_DT> BC/BS Plan <193>/963 Issuer (80840)	RxBIN <RXBIN> RXPCN <RXPCN> RXGRP <RX_GROUP>	Important Phone Numbers Member/Provider Services: <833-536-2001> Pharmacy Services: <888-970-0917> 24-hour Nurse Advice Line: <833-968-1773> Hearing Services: <877-246-1666> Vision Services: <800-783-5602> Routine Transportation: <xxx-xxx-xxxx> TTY: <711> Provider Services: <xxx-xxx-xxxx> To locate a CareFirst contracted medical provider, visit carefirst.com/findadocmappo File claims with local Blue Cross and/or Blue Shield plan. PROVIDERS MUST NOT BILL MEDICARE. MA PPO products provided by CareFirst Advantage PPO, Inc. an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association.
Dental Preferred (PPO) with National Network  	CMS-H7379-001	IN= In-network OON= Out-of-network

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 Essential, 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 mostrarla si necesita servicios hospitalarios, servicios para enfermos terminales o si necesita participar en estudios de investigación aprobados por Medicare, también conocidos como 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 los proveedores de la red y los proveedores de equipos médicos duraderos con los que trabajamos actualmente. 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 distribución de costos del plan como pago total.

Como miembro de nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Nuestro plan cubrirá los servicios de los proveedores dentro o fuera de la red, siempre que los servicios sean beneficios cubiertos y se consideren necesarios desde el punto de vista médico. Sin embargo, si consulta a un proveedor fuera de la red, es posible que su parte de los costos por los servicios cubiertos sea mayor. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*) a fin de obtener información más específica. La lista más reciente de proveedores y vendedores está disponible en nuestro sitio web en www.carefirst.com/myaccount.

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* www.carefirst.com/myaccount enumera las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que aceptaron surtir los medicamentos recetados cubiertos para los miembros de nuestros planes. En el *Directorio de farmacias* puede encontrar la farmacia de la red que desee utilizar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para saber cuándo puede recurrir a las farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia a Servicios para Miembros. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.carefirst.com/myaccount.

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

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 Essential. 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 Essential.

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro

En la Lista de medicamentos, también se indica 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/myaccount) o llamar a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential.

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 4.4)
- Monto Ajustado Mensual Relacionado con los Ingresos (Sección 4.5)
- Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (Sección 4.6)

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual separada del plan por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare**Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare.**

Usted debe seguir pagando sus primas de Medicare para continuar 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.

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro

Cuando se inscribe por primera vez en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential, le informamos el monto de la multa. Si no paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos recetados.

No tendrá que pagarla en los siguientes casos:

- 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, su empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Veterans Health Administration (VA). Su aseguradora o departamento de recursos humanos le informará 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:

- 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 2025, el monto promedio de esta prima es de \$36.78.
- 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 \$36.78, lo que equivale a \$5.1492. Este monto se redondea a \$5.20. 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.

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro

- 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 de 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 dos años. Si este monto está por encima de cierta 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 4.5 Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

Si participa en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, cada mes pagará la prima de su plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagarle a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro

debe por los medicamentos recetados que obtiene, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que quedan en el año.

El Capítulo 2, Sección 7 se brinda más información sobre el Plan de pago de recetas médicas de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar un reclamo o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Si paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, existen diversas maneras de pagarla.

Existen tres maneras de pagar la multa. Pagará con cheque (Opción 1), a menos que nos indique que desea que su multa por inscripción tardía de la Parte D 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. La factura mensual de la multa por inscripción tardía de la Parte D se enviará por correo postal alrededor del día 15 del mes anterior, y vence el primer día del mes para el período por el cual se aplica la multa. Debe emitir su cheque a nombre de CareFirst Advantage (not to CMS or HHS) y debe enviarlo por correo a la dirección que figura 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

Opción 2: Puede pagar al deducir automáticamente el monto de su cuenta corriente o de ahorros

CareFirst le facturará mensualmente. La factura mensual de la multa por inscripción tardía de la Parte D se enviará por correo postal alrededor del día 15 del mes anterior, y vence el primer día del mes para el período por el cual se aplica la multa.

Puede elegir que la multa por inscripción tardía de la Parte D 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/myaccount o pueden solicitarse a 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

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro

Si nuestro intento de deducir la multa por inscripción tardía de la Parte D 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 pago automático, puede comunicarse con Servicios para Miembros (los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento).

Opción 3: Autorizar que la multa por inscripción tardía de la Parte D se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social**Cómo cambiar la forma de pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D**

Si decide cambiar la forma de pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, su nuevo método de pago puede demorar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D de forma oportuna. Si desea cambiar su método de pago, comuníquese con Servicios para Miembros.

Qué hacer si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D

Nuestras oficinas deben recibir el pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D a más tardar el primer día del mes. Si no recibimos el pago antes del quinto día del mes, le enviaremos un aviso en el que se le informará que su membresía en el plan finalizará si no recibimos el pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D, si le corresponde, en un plazo de 60 días. Si está obligado a pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagarla para mantener su cobertura de medicamentos recetados.

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, si le corresponde, de forma oportuna, comuníquese con Servicios para Miembros para ver si podemos recomendarle programas que le ayuden con sus costos.

Si finalizamos su membresía porque no pagó la multa por inscripción tardía de la Parte D, si le corresponde, tendrá cobertura de salud a través 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).

En la fecha en que demos por finalizada su membresía, es posible que aún nos deba la multa que no pagó. Tenemos derecho a cobrar la multa que adeude. 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 un reclamo (también llamada queja formal); consulte el capítulo 9 para saber cómo presentar un reclamo. Si tuvo una circunstancia de emergencia que estuvo fuera de su control y le impidió pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D dentro de nuestro período de gracia, puede presentar un reclamo. En el caso de reclamos, revisaremos nuestra decisión nuevamente. En el Capítulo 9, Sección 10 de este documento, se le

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro

indica cómo presentar un reclamo, o puede llamarnos al 833-536-2001 entre 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. Los usuarios de TTY deberán 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, es posible que pueda dejar de pagar la multa por inscripción tardía, si le corresponde, o que tenga que empezar a pagarla. Esto podría suceder si usted pasa a reunir los requisitos para beneficiarse del programa de “Ayuda Adicional” (Extra Help) o si usted pierde la elegibilidad para este programa durante el año.

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y reúne los requisitos para beneficiarse del programa de “Ayuda Adicional” (Extra Help) durante el año, usted podrá dejar de pagar la multa.
- Si pierde la elegibilidad para el programa de “Ayuda Adicional” (Extra Help), podrá estar sujeto a la multa por inscripción tardía si cumple 63 días consecutivos o más sin la cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados.

Puede encontrar más información sobre el programa de “Ayuda Adicional” (Extra Help) en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado el registro de su membresía del plan

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

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 distribución de costos para usted.** Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que usted tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, compensación a los trabajadores o Medicaid).
- Si tiene cualquier reclamo por responsabilidad civil, como reclamaciones por accidentes de automóvil.
- Si se le ha internado en una residencia para ancianos.

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro

- 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 llama **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.

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 enfermedad renal en fase terminal (ESRD):

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro

- 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 debido a la ESRD, su plan de salud colectivo pagará primero durante los primeros 30 meses después de que usted sea elegible para Medicare.

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

- Seguro sin determinación de culpabilidad (incluye seguro de automóvil)
- Responsabilidad (incluye seguro de automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación a los trabajadores

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:

Recursos y números de teléfono importantes

SECCIÓN 1 Contactos de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential

(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 Essential. Será un gusto ayudarlo.

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
LLAMADA	833-536-2001 Las llamadas a este número son gratuitas. 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. Servicios para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. 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.
FAX	855-215-6947
ESCRIBIR	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage P.O. Box 3236 Scranton, PA 18505
SITIO WEB	www.carefirst.com/myaccount

Método	Servicios para Miembros 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.

CAPÍTULO 2 Recursos y números de teléfono importantes

Método	Servicios para Miembros para medicamentos recetados de la Parte D: Información de contacto
	Servicios para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono 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	855-633-7673
SITIO WEB	www.carefirst.com/myaccount

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 modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos 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 un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Decisiones de cobertura de atención médica. Información de contacto
LLAMADA	833-536-2001 Las llamadas a este número son gratuitas. 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.
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. 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.

CAPÍTULO 2 Recursos y números de teléfono importantes

Método	Decisiones de cobertura de atención médica. Información de contacto
FAX	Servicios para pacientes hospitalizados: 443-753-2341 Servicios para pacientes ambulatorios: 443-753-2342 Servicios de atención a domicilio y equipo médico duradero: 443-753-2343 Terapias ambulatorias - fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla: 443-753-2346 Salud conductual y uso de sustancias: 443-753-2347
ESCRIBIR	CareFirst BlueCross BlueShield Preservice Review Department 10455 Mill Run Circle, Room 11113-A Owings Mills, MD 21117 Correo electrónico: Servicios para pacientes hospitalizados: MAInpatient@carefirst.com Servicios ambulatorios: MAOutpatient@carefirst.com Servicios de atención a domicilio y equipo médico duradero: MAHC-DME@carefirst.com Terapias ambulatorias (fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla): MAOPAP@carefirst.com Salud conductual y uso de sustancias: MABH@carefirst.com
SITIO WEB	www.carefirst.com/myaccount

Método	Apelaciones de atención médica: Información de contacto
LLAME AL	833-536-2001 Las llamadas a este número son gratuitas. 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..
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. 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..
FAX	Apelaciones de pagos médicos: 443-753-2298 Apelaciones clínicas aceleradas: 410-605-2566

CAPÍTULO 2 Recursos y números de teléfono importantes

Método	Apelaciones de atención médica: Información de contacto
ESCRIBIR	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 un equipo de teléfono 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	855-633-7673
ESCRIBIR	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 Este número requiere un equipo de teléfono 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.

CAPÍTULO 2 Recursos y números de teléfono importantes

Método	Apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D: Información de contacto
FAX	855-633-7673
ESCRIBIR	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 un reclamo sobre la atención médica

Usted puede presentar un reclamo acerca de nosotros, nuestros proveedores o una de las farmacias de nuestra red, incluido un reclamo sobre la calidad de la atención. Este tipo de reclamo no incluye disputas por cobertura o pagos. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Reclamos sobre atención médica. Información de contacto
LLAMADA	833-536-2001 Las llamadas a este número son gratuitas. 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..
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. 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..
FAX	443-753-2298
ESCRIBIR	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Appeals and Grievances P.O. Box 3626 Scranton, PA 18505
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo

CAPÍTULO 2 Recursos y números de teléfono importantes

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

Método	Reclamos por 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 un equipo de teléfono 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	855-633-7673
ESCRIBIR	Grievance Department P.O. Box 30016 Pittsburgh, PA 15222-0330
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo en línea ante 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 un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*) para obtener más información.

CAPÍTULO 2 Recursos y números de teléfono importantes

Método	Solicitudes de pago por atención médica: Información de contacto
LLAMADA	<p>833-536-2001</p> <p>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., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. 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.</p>
FAX	855-215-6947
ESCRIBIR	<p>CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Claims P.O. Box 4495 Scranton, PA 18505</p>
SITIO WEB	www.carefirst.com/myaccount

Método	Solicitudes de pago por medicamentos recetados de la Parte D: Información de contacto
LLAME AL	<p>888-970-0917</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, 365 días al año.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, 365 días al año.</p>
FAX	855-633-7673
ESCRIBIR	<p>CVS Caremark Medicare Part D Claims Processing P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066</p>

CAPÍTULO 2 Recursos y números de teléfono importantes

Método	Solicitudes de pago por medicamentos recetados de la Parte D: Información de contacto
SITIO WEB	www.carefirst.com/myaccount

SECCIÓN 2 Medicare

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

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

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

Método	Medicare – Información de contacto
LLAMADA	1-800-MEDICARE o al 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.Medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno de Medicare. En él, se brinda información actualizada de Medicare y temas actuales de Medicare. También se brinda información sobre hospitales, residencias para ancianos, médicos, agencias de atención médica domiciliaria y centros de diálisis. Se incluyen documentos que puede imprimir directamente de su computadora. También puede 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: <ul style="list-style-type: none"> • Herramienta de requisitos para participar Medicare: Ofrece información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.

CAPÍTULO 2 Recursos y números de teléfono importantes

Método	Medicare – Información de contacto
	<ul style="list-style-type: none"> • 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 reclamo que tenga sobre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Envíe su reclamo a Medicare: Puede presentar un reclamo sobre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus reclamos 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 indicarle qué información está buscando. Encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.</p>

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Maryland, el SHIP se llama 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 las personas con Medicare.

Los asesores de State Health Insurance Assistance Program pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a entender sus derechos de Medicare, a presentar reclamos acerca de su atención o tratamiento médico y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de State Health Insurance Assistance Program también pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Además, pueden ayudarle a comprender sus opciones dentro del plan de Medicare y responder a sus preguntas relacionadas con el cambio de un plan a otro.

CAPÍTULO 2 Recursos y números de teléfono importantes**MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP Y A OTROS RECURSOS:**

- Visite <https://www.shiphelp.org> (Haga clic en “SHIP LOCATOR”, es decir, 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 SHIP de Maryland – Información de contacto
LLAMADA	410-767-1100 o 800-243-3425
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla.
CORREO ELECTRÓNICO	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. Para Maryland, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta.

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

Debe comunicarse con Livanta en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene un reclamo 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 (CORF) termina demasiado pronto.

CAPÍTULO 2 Recursos y números de teléfono importantes

Método	Livanta–(Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Maryland)
LLAMADA	888-396-4646 De lunes a viernes, de 9 a. m. a 7 p. m., De sábado a domingo, de 11 a. m. a 3 p. m. Correo de voz disponible las 24 horas.
TTY	888-985-2660 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla.
ESCRIBIR	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. 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
LLAMADA	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 Recursos y números de teléfono 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 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos 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 conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos. 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 otras distribuciones de costos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario Especificado de Medicare con Ingresos Bajos (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Individuo Calificado (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos Discapacitados y Empleados 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 (Programa de Medicaid de Maryland) – Información de contacto
LLAMADA	410-767-6500 o 877-463-3464 De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5 p. m.
TTY	711

Método	Maryland Medical Assistance (Programa de Medicaid de Maryland) – Información de contacto
	Este número requiere un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla.
CORREO ELECTRÓNICO	Maryland Department of Health 201 West Preston Street Baltimore, MD 21201
SITIO WEB	https://mmcp.health.maryland.gov

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

El sitio web de Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas que pueden ser de ayuda, 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 deberán 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 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778.
- La Oficina estatal de Medicaid (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener información de contacto).

Si piensa que usted calificó para obtener “Ayuda Adicional” (Extra Help) y considera que está pagando un monto incorrecto de distribución de costos cuando obtiene su medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso para solicitar ayuda para obtener la evidencia de su nivel de copago apropiado o, si ya tiene la evidencia, para entregárnosla.

CAPÍTULO 2 Recursos y números de teléfono 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.

Número de fax: 855-215-6946

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 distribución de costos 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 "Ayuda Adicional" (Extra Help) y cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (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 un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), la "Ayuda Adicional" (Extra Help) de Medicare paga primero.

¿Qué sucede si tiene “Ayuda adicional” (Extra Help) y cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos para AIDS (ADAP)?**¿Qué es el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el AIDS (ADAP)?**

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el AIDS (ADAP) ayuda a las personas con HIV/AIDS que reúnen los requisitos para el ADAP a tener acceso a los medicamentos para el HIV que pueden salvar sus vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, que también se encuentran en el formulario del 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.

CAPÍTULO 2 Recursos y números de teléfono importantes

Si cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción local del 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 Maryland AIDS Drug Assistance Program.

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

En Maryland, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica se llama Maryland Senior Prescription Drug Assistance Program.

Método	Maryland Senior Prescription Drug Assistance Program – Información de contacto
LLAMADA	800-551-5995 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	800-877-5156 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla.
CORREO ELECTRÓNICO	Maryland - SPDAP c/o International Software Systems Inc. P.O. Box 749 Greenbelt, Maryland 20768-0749
SITIO WEB	http://marylandspdap.com

El plan de pago de recetas médicas de Medicare

El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos distribuyéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.** La “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes califican, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Todos los miembros

CAPÍTULO 2 Recursos y números de teléfono importantes

son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Contáctenos o visite Medicare.gov para averiguar si esta opción de pago es adecuada para usted.

Método	El plan de pago de recetas médicas de Medicare: información de contacto
LLAMADA	888-970-0917 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Servicios para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año
CORREO ELECTRÓNICO	P.O. Box 7 Pittsburgh, PA 15230
SITIO WEB	www.carefirst.com/myaccount

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

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

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios – Información de contacto
LLAMADA	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas.

CAPÍTULO 2 Recursos y números de teléfono importantes

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios – Información de contacto
	<p>Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) los lunes, martes, jueves y viernes de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., y los miércoles de 9:00 a. m. a 12:00 p. m.</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>Este número requiere un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos 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. 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 de medicamentos recetados con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:

*Cómo usar el plan para sus
servicios médicos*

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

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

En este capítulo, se explican los conceptos que usted necesita conocer sobre cómo obtener cobertura de su plan para atención médica. Proporciona 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 que se encuentra en el siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Cuadro de Beneficios Médicos; lo que está cubierto y lo que usted paga*).

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

- Los **proveedores** son 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 de la distribución de costos 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.
- Entre los **servicios cubiertos** se incluye toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, el equipo y los medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica que le corresponden se encuentran detallados en la tabla de beneficios del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se tratan en el Capítulo 5.

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

Como plan de salud de Medicare, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential debe cubrir todos los servicios que cubre Original Medicare y debe cumplir todas las reglas de cobertura de Original Medicare.

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential en general cubrirá su atención médica si:

- **La atención médica que recibe se encuentra incluida en la tabla de beneficios médicos del plan** (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que 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 condición médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- **Reciba la atención de un proveedor que es elegible para prestar servicios de conformidad con Original Medicare.** Como miembro de nuestro plan, puede recibir su atención de un proveedor de la red o fuera de la red (para obtener más información, consulte la Sección 2 en este capítulo).
 - Los proveedores de nuestra red aparecen en el *Directorio de proveedores*.
 - Si consulta a un proveedor fuera de la red, es posible que su parte de los costos por los servicios cubiertos sea mayor.
 - Tenga en cuenta lo siguiente: Si bien puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, este debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto en el caso de atención de emergencia, no podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si consulta a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba. Verifique con su proveedor antes de recibir los servicios a fin de confirmar que es elegible para participar en Medicare.

SECCIÓN 2 Utilizar proveedores de red y fuera de la red para obtener su atención médica

Sección 2.1 Puede 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

Un PCP es un proveedor de atención primaria. El PCP puede ayudar a administrar su atención médica general y puede ayudarle a coordinar servicios con otros proveedores de atención médica. El PCP no es responsable de obtener la autorización para los servicios prestados por un especialista cuando esta es necesaria. La autorización es responsabilidad del especialista u otro proveedor. Su PCP puede ser un proveedor dentro de la red o un proveedor fuera de la red.

¿Cómo selecciona usted a su PCP?

Consulte el Directorio de proveedores para encontrar proveedores en su área que acepten nuevos pacientes y comuníquese con ellos para programar una cita.

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 que sea parte de nuestro plan.

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos**Sección 2.2 Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de la red**

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

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

Es posible que se necesite autorización previa para determinados servicios (consulte el Capítulo 4 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa). La autorización se puede obtener del plan. Usted o su proveedor, incluido un proveedor no contratado, pueden preguntar al plan si cubrirá un servicio antes de que se preste. Además, pueden solicitar que esta determinación se haga por escrito. Este proceso se denomina determinación anticipada. Si decimos que no cubriremos sus servicios, usted o su proveedor tienen derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir la atención. En el Capítulo 9 (Qué hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]), se ofrece más información sobre qué hacer si quiere que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que ya hemos tomado.

Nota: Es importante saber de antemano 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 está cubierto y darle una notificación por escrito, o informarle verbalmente, cuando Medicare no cubre 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 proveedor nuevo.
 - 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.

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- 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.
- Haremos los arreglos para cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con distribución de costos dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Necesita autorización previa del plan.
- Si se entera de que su médico o especialista abandona el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un proveedor nuevo 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 un reclamo 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 2.3 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

Como miembro de nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, tenga en cuenta que los proveedores que no tienen contrato con nosotros no tienen ninguna obligación de atenderlo, excepto en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá los servicios de los proveedores dentro o fuera de la red, siempre que los servicios sean beneficios cubiertos y se consideren necesarios desde el punto de vista médico. Sin embargo, **si consulta a un proveedor fuera de la red, es posible que su parte de los costos por los servicios cubiertos sea mayor.** Estos son otros datos importantes que debe saber sobre el uso de proveedores fuera de la red:

- Usted puede obtener su atención de un proveedor fuera de la red; sin embargo, en la mayoría de los casos, ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto en el caso de atención de emergencia, no podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable de pagar el costo total de los servicios que reciba. Verifique con su proveedor antes de recibir los servicios a fin de confirmar que es elegible para participar en Medicare.
- No necesita obtener una remisión ni una autorización previa cuando reciba atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de recibir servicios de proveedores fuera de la red, es posible que deba solicitar una decisión de cobertura antes de la visita para confirmar que los servicios que reciba estén cubiertos y sean médicamente necesarios. (Consulte la Sección 4 del Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura). Esto es importante por los siguientes motivos:

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- Sin una decisión de cobertura antes de la visita, si posteriormente determinamos que los servicios no están cubiertos o no eran médicamente necesarios, podemos denegar la cobertura y usted será responsable del costo total. Si decimos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir la atención. Consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo*) para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- Es mejor pedirle a un proveedor fuera de la red que le facture primero al plan. Sin embargo, si ya pagó por los servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. O si un proveedor fuera de la red le envía una factura que cree que deberíamos pagar, puede enviárnosla para el pago. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer si recibe una factura o si necesita solicitar un reembolso.
- Si utiliza un proveedor fuera de la red para atención médica de emergencia, servicios requeridos urgentemente o diálisis fuera del área, es posible que no tenga que pagar un monto de distribución de costos más alto. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre estas situaciones.

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), que 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 condición médica que empeora rápidamente.

En caso de una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda cuanto antes.** Llame al 911 para obtener ayuda o concurra a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Pida una ambulancia si la necesita *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 es parte de nuestra red. También cubrimos servicios de emergencia fuera de Estados Unidos y sus territorios.

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- **En cuanto pueda, verifique que se haya informado a nuestro plan acerca de su emergencia.** Debemos realizar el seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Llame al 833-536-2001, 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.

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.

Luego de que la emergencia médica haya terminado, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para estar seguro de que su estado sigue siendo estable. Sus médicos seguirán tratándolo hasta que sus médicos se comuniquen con nosotros y planifiquen la atención adicional. El cuidado de seguimiento está cubierto por nuestro plan. Si recibe cuidado de seguimiento de proveedores fuera de la red, pagará la distribución de costos más alta fuera de la red.

¿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 dicho que *no* se trata de una emergencia, el monto de la distribución de costos que usted pague dependerá de si recibe la atención de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. Si recibe atención de proveedores de la red, su parte de los costos generalmente será menor que si recibe atención de proveedores fuera de la red.

Sección 3.2 Cómo recibir atención cuando la necesita urgentemente

¿Qué son servicios requeridos urgentemente?

Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio que se necesita con urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios requeridos urgentemente son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de enfermedades existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que son médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Puede recibir atención de urgencia a través de centros de atención de urgencia o mediante telesalud y opciones en línea. Su Directorio de proveedores incluye una lista de centros de atención de urgencia que forman parte de la red. También puede aprovechar las opciones remotas, como nuestra Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas y los Servicios de telesalud adicionales (consulte el Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 para obtener más información).

Los servicios médicos de urgencia están cubiertos a nivel mundial.

Solo están cubiertos los servicios prestados en un entorno de atención de urgencia. Si le admiten en el hospital, los beneficios para pacientes hospitalizados relacionados con su atención de urgencia no están cubiertos por el plan.

Si recibe servicios de emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable del pago en el momento en que se presten los servicios. Posteriormente, 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.

Para obtener más información, consulte el Capítulo 7 (Sección 1).

Nuestro plan cubre servicios de emergencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias:

- cuando la atención es necesaria para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia; o
- cuando los servicios se brindan para tratar una enfermedad, lesión o condición médica imprevista que no es de emergencia y requiere atención médica inmediata.

Solo están cubiertos los servicios prestados en un entorno de sala de emergencias. Si le admiten en el hospital, los beneficios para pacientes hospitalizados relacionados con su emergencia no están cubiertos por el plan.

Si recibe servicios de emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable del pago en el momento en que se presten los servicios. Posteriormente, 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.

Para obtener más información, consulte el Capítulo 7 (Sección 1).

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 la siguiente página web: www.carefirst.com/myaccount para obtener información sobre cómo recibir la atención médica necesaria durante un desastre.

Si durante un desastre no puede utilizar un proveedor de la red, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con la misma distribución de costos que se requiere dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda obtener los

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información adicional.

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 de la distribución de costos 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 Essential 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 que no están cubiertos por nuestro plan, 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 tendrá 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 trabaje 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

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

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 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 algún estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita comunicarnos ni obtener nuestra aprobación. *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, entre los que se encuentra, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en determinaciones de cobertura nacional que requieren cobertura con desarrollo de evidencias (NCDs-CED) y estudios de exención de dispositivos de investigación (IDE); 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, *usted será responsable de todos los costos derivados de su participación en el estudio.*

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

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

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

la distribución de costos que pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre el envío de solicitudes de pagos.

En el siguiente ejemplo, se explica el funcionamiento de la distribución de costos: Supongamos que, como parte del estudio de investigación, se le realizan análisis de laboratorio cuyo costo es de \$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 TAC mensuales que se realizan como parte del estudio si su condición médica normalmente requeriría solo una TAC.
- Artículos y servicios proporcionados habitualmente por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para cualquier inscrito en el ensayo.

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* (Medicare y los estudios de investigación clínica). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán 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

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

las creencias religiosas de un miembro, en su lugar proporcionaremos cobertura para que reciba atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud. Este beneficio es exclusivo de los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención de la salud no médica).

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

Para 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, estatales o locales.

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

- El centro que proporciona la atención médica debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios 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 condición médica que le permitiría recibir servicios cubiertos para atención en hospital para pacientes hospitalizados o atención en centros de enfermería especializada.
 - – y – usted debe obtener la aprobación por adelantado 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 hospitalizados 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

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

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 Essential, no adquirirá la propiedad de los artículos DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. Esto sucede incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo DME bajo Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

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

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

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

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 Normas para los equipos de oxígeno, los suministros y el mantenimiento**¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?**

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential 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 Essential 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

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

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)

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**

En este capítulo incluye un Cuadro de beneficios médicos en el que se enumeran los servicios cubiertos y se muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential. 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 Beneficiario calificado de Medicare (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos o coseguro. Asegúrese de mostrar su evidencia de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde.

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

Según nuestro plan, existen dos límites diferentes sobre lo que debe pagar de su bolsillo por los servicios médicos cubiertos:

- Su **monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red** es de \$8,300. Este es el monto máximo que pagará durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare que reciba de los proveedores dentro de la red. Los montos que paga en concepto de deducibles, copagos y coseguro por los servicios cubiertos de proveedores dentro de la red se tienen en cuenta para este monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red. (Los montos que paga por las primas del plan, los medicamentos recetados de la Parte D y los servicios de proveedores fuera de la red no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red. Además, los montos que paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para su monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red. Estos servicios aparecen marcados en el Cuadro de beneficios médicos). Si usted pagó \$8,300 por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red, no tendrá ningún gasto de bolsillo durante el resto del año cuando consulte a nuestros proveedores 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).

CAPÍTULO 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- Su **monto máximo de gastos de bolsillo combinado** es de \$8,300. Este es el monto máximo que pagará durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare que reciba de proveedores dentro y fuera de la red. Los montos que paga en concepto de deducibles, copagos y coseguro por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo combinado. (Los montos que paga por las primas del plan y por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo combinado. Si usted pagó \$8,300 por los servicios cubiertos, tendrá una cobertura del 100% y no tendrá ningún gasto de bolsillo durante el resto del año para servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos. 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 Essential, una medida de protección importante para usted es que solo debe pagar la suma correspondiente de la distribución de costos cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales por separado, lo que se denomina **facturación del 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. Por lo general, tendrá copagos más altos cuando obtenga atención de proveedores fuera de la red.
- Si su distribución de costos es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que visite:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determine en el contrato celebrado entre el proveedor y el plan).
 - Si obtiene 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.
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, debe pagar el monto del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- Si usted cree que un proveedor le ha facturado un saldo, llame a Servicios para Miembros.

CAPÍTULO 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**SECCIÓN 2 Use el Cuadro de beneficios médicos para conocer qué tiene 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 Essential cubre y los gastos de bolsillo que usted paga por cada servicio. La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se describe en el Capítulo 5. Los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos se cubren solo cuando se reúnen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos de Medicaid deben ser provistos según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Los servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos 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 condición médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos inscritos, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, tiempo durante el cual el nuevo plan MA puede no requerir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- 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 parte de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential.
 - Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en cursiva en el Cuadro de beneficios médicos.
 - Nunca necesitará aprobación por adelantado para recibir servicios fuera de la red de proveedores fuera de la red.

Aunque no necesita aprobación por adelantado para servicios fuera de la red, usted o su médico pueden pedirnos que tomemos una decisión de cobertura con antelación.

Otros puntos importantes que considerar sobre nuestra cobertura:

- Para los beneficios en los que su distribución de costos es un porcentaje de coseguro, el monto que paga depende del tipo de proveedor del que recibe los servicios:
 - 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.

CAPÍTULO 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- 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.
- 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 beneficios, paga *menos*. (Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, revise su manual *Medicare y Usted 2025*. Consúltelo 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 deberán llamar al 1-877-486-2048.
- En el caso de todos los servicios médicos preventivos que están cubiertos sin costo conforme a Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo alguno para usted. Sin embargo, si usted recibe tratamiento o control para una condición médica nueva o existente durante la visita en que reciba el servicio preventivo, se puede aplicar un copago por la atención recibida para dicha condición médica.
- Si Medicare aumenta la cobertura de nuevos servicios durante 2025, Medicare o nuestro plan cubrirán dichos servicios.



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

Cuadro de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
 <p>Examen 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>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</p>
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <p>Se cubren hasta 12 consultas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p>	<p>\$0 de copago en consultorio de PCP o \$45 de copago en consultorio de especialista por cada consulta de</p>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta</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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<p>A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aquel que dura 12 semanas o más; • no es específico, en el sentido de que no tiene ninguna causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una afección metastásica, inflamatoria, enfermedad infecciosa, etc.); • no está asociado con una intervención quirúrgica; 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 la sección 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 la sección 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> <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 acupuntura en un Estado, Territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. 	<p>acupuntura cubierta por Medicare.</p> <p>\$20 de copago por cualquier servicio de acupuntura adicional distinto de los servicios cubiertos por Medicare (12 consultas por año calendario).</p> <p>Los servicios de rutina/no cubiertos por Medicare no se contabilizan para el monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP).</p>	<p>alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<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), secciones 410.26 y 410.27.</p> <p>Nuestro plan también cubre servicios de acupuntura de rutina, además de los servicios de acupuntura para dolor lumbar crónico.</p>		
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de traslado en ambulancia en aeronaves de alas fijas, alas giratorias y por aire y tierra al centro correspondiente más cercano que pueda proveer atención solo 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><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>\$300 de copago por cada traslado terrestre de ida en ambulancia cubierto por Medicare.</p> <p>\$300 de copago por cada traslado aéreo en ambulancia cubierto por Medicare.</p> <p>Este copago no se elimina si ingresa en un hospital.</p>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</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 o familiar detallado, así como una evaluación detallada completa con un examen práctico de todos los aparatos y sistemas del cuerpo. Los servicios adicionales incluyen, según corresponda, pedidos de seguimiento o remisiones a otros profesionales, análisis de laboratorio, exámenes clínicos, electrocardiogramas (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>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
 <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 <i>Bienvenida a Medicare</i>. Sin embargo, no es necesario que se haya realizado una visita de <i>Bienvenida a Medicare</i> 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>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</p>
 <p>Mediciones de masa 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>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</p>
 <p>Examen de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</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>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplan ciertos requisitos junto con la orden de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que, por lo general, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>\$10 de copago por cada consulta de rehabilitación cardíaca intensiva o servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare.</p>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</p>
<p> Consulta para reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, el médico puede analizar el uso de la aspirina (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté alimentándose de forma saludable.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedad cardiovascular de terapia conductual intensiva.</p>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</p>
<p> Detección de enfermedades cardiovasculares</p> <p>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).</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años.</p>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</p>
<p> Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para Papanicolaou y tactos vaginales preventivos</p>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta</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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<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. 	cubiertos por Medicare.	alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación. • Nuestro plan también cubre servicios quiroprácticos de rutina, además de la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación. 	<p>\$15 de copago por cada visita a un quiropráctico cubierta por Medicare.</p> <p>\$15 de copago por cualquier servicio quiropráctico adicional distinto de los servicios cubiertos por Medicare (12 consultas por año calendario). Los servicios de rutina/no cubiertos por Medicare no se contabilizan para el monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP).</p>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</p>
 Examen de detección de cáncer colorrectal Las siguientes pruebas de detección están cubiertas:	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de cáncer	50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.

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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<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 a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • 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. 	<p>colorrectal cubierto por Medicare, a excepción de los enemas de bario, para los que sí se aplica el coseguro. 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 cubierto por Medicare.</p>	<p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</p>
<p>Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer</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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
colorrectal no invasiva cubierta por Medicare arrojará un resultado positivo.		
<p>Servicios dentales</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 condición 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.</p> <p>Además, cubrimos servicios dentales preventivos e integrales. Para obtener más información acerca de la cobertura dental adicional que el plan proporciona, consulte el cuadro que aparece después del Cuadro de beneficios médicos.</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>\$40 de copago por servicios dentales integrales cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios preventivos:</p> <p>Los servicios de rutina/los servicios no cubiertos por Medicare no se contabilizan para el monto máximo de los gastos de bolsillo (MOOP).</p> <p>Limpiezas: \$0 copago por servicio Exámenes orales: \$0 copago por servicio Radiografías: \$0 copago por servicio Tratamiento con fluoruro: \$0 de copago por servicio</p> <p>Servicios integrales adicionales:</p> <p>Los servicios de rutina/los servicios no cubiertos por Medicare no se contabilizan para el monto máximo de los gastos de bolsillo (MOOP).</p>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
	<p>Nuestro plan también cubre servicios dentales integrales adicionales, hasta un monto máximo de beneficios de \$1,000 por año calendario.</p> <p>Extracciones: \$40 a \$100</p> <p>Servicios generales complementarios: \$15 a \$30</p> <p>Endodoncia: \$100 a \$200</p> <p>Periodoncia: \$50 a \$300</p> <p>Servicios de restauración: \$15 a \$400</p> <p>Servicios de implantes: \$70 a \$500</p> <p>Prótesis y otras cirugías orales y maxilofaciales: \$30 a \$700</p> <p>Para obtener información sobre la cobertura dental preventiva e integral y las frecuencias, consulte el cuadro que aparece después del Cuadro de beneficios médicos.</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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
 <p>Examen 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>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</p>
 <p>Examen 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>Puede ser elegible para hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</p>
 <p>Servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes</p> <p>Para todos los pacientes diabéticos (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</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. 	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por suministros para la diabetes cubiertos por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por zapatos y plantillas terapéuticos</p>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> • Para personas con diabetes que padecen 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. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. <p>CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential cubre productos OneTouch y Accu-Chek como monitores de glucosa en sangre y tiras reactivas de glucosa en sangre que están disponibles en las farmacias de la red con una receta válida.</p> <p>Los monitores de glucosa y las tiras reactivas de glucosa OneTouch y Accu-Chek están cubiertas en farmacias de la red. Todos los demás medidores de glucosa en sangre o tiras reactivas requieren autorización previa para tener cobertura en una farmacia de la red.</p> <p>Tenga en cuenta que, otras marcas de tiras reactivas y monitores de glucosa pueden estar disponibles en un proveedor de equipo médico duradero (DME) contratado con un pedido de proveedor válido.</p>	<p>cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por capacitación sobre autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.</p>	
<p>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados</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>Entre los artículos cubiertos se incluyen sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión IV, dispositivos de asistencia para el habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>20% de coseguro por artículos cubiertos por Medicare</p> <p>Su distribución de costos para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es un 20%</p>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<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/myaccount.</p>	<p>de coseguro por artículos cubiertos por Medicare por 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 Essential había pagado 36 meses de alquiler por la cobertura de equipos de oxígeno, su distribución de costos en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential es un 20% de coseguro por artículos cubiertos por Medicare</p>	
<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 condición 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</p>	<p>\$110 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 condición médica.</p> <p>\$0 de copago por cada visita a sala de emergencias en todo el mundo.</p> <p>\$25,000 (USD) de límite combinado por año por servicios de atención urgente y de emergencia prestados fuera de EE. UU. y sus territorios.</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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<p>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 condición médica que empeora rápidamente.</p> <p>La distribución de costos 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>Solo están cubiertos los servicios prestados en un entorno de sala de emergencias. Si le admiten en el hospital, los beneficios para pacientes hospitalizados relacionados con su emergencia no están cubiertos por el plan.</p> <p>Si recibe servicios de emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable del pago en el momento en que se presten los servicios. Posteriormente, 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 1).</p>		
<p>Beneficio para acondicionamiento físico (SilverSneakers)</p> <p>Membresía en SilverSneakers®</p> <p>Membresía en SilverSneakers®: 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 través de SilverSneakers en los lugares participantes¹. Tiene</p>		<p>\$0 de copago por todos los servicios indicados.</p> <p>El beneficio está cubierto solo a través del proveedor contratado del plan.</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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<p>acceso a las clases grupales de ejercicio especialmente diseñadas y dirigidas por instructores². En las ubicaciones participantes en todo el país¹, usted puede tomar clases² además de usar equipos de ejercicio y otras comodidades. Además, SilverSneakers FLEX[®] le brinda opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales (por ejemplo, en centros de recreación, centros comerciales y parques). SilverSneakers también le conecta a una red de soporte y recursos virtuales a través de SilverSneakers LIVE[™], SilverSneakers On-Demand[™] y nuestra aplicación móvil, SilverSneakers GO[™]. Además, obtiene acceso a GetSetUp³, en donde encontrará 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>¹ Los lugares participantes (PL) no pertenecen ni operan a través de Tivity Health, Inc. ni sus filiales. El uso de las instalaciones y los servicios de las PL se limita a los términos y condiciones de la membresía básica en las PL. Las instalaciones y los servicios varían según la PL.</p> <p>² La 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>³ GetSetUp es un proveedor de servicios de terceros y no es propiedad de Tivity Health, Inc. (“Tivity”) ni sus filiales, ni es operado por estas. Los usuarios deben tener conexión a Internet para acceder al</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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<p>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 On-Demand y SilverSneakers GO son marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc. © 2024 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.</p>		
<p> Programas educativos 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 condiciones 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), que contiene información útil acerca de la gestión de la salud y el bienestar, así como enlaces a recursos exclusivos de CareFirst. 		\$0 de copago por todos los servicios indicados.

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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación en el hogar: es 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 se compartirá 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 ayudar a aprovechar al máximo el uso de los beneficios del plan de salud. Para obtener más información, comuníquese al 1-800-558-9922 (TTY: 711). 		
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones de diagnóstico de audición y de equilibrio realizadas por su PCP <i>O</i> proveedor para determinar si usted necesita tratamiento médico están cubiertas como atención a pacientes ambulatorios cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor acreditado.</p> <p>Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también cubrimos lo siguiente a través de NationsHearing:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de audición de rutina: un examen al año • Audífonos: dos audífonos al año • Evaluaciones para el ajuste del audífono: una evaluación o ajuste de audífono al año <p>Las compras de audífonos incluyen lo siguiente:</p>	<p>\$20 de copago por cada examen para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por examen de audición de rutina (uno por año calendario).</p> <p>\$0 de copago por una consulta para ajuste y evaluación de audífonos (una por año calendario).</p> <p>Audífonos: \$475 de copago por audífono inicial \$650 de copago por audífono básico \$950 de copago por audífono de primer nivel</p>	<p>50% de coseguro por cada examen para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio cubierto 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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> • Tres visitas de seguimiento durante el primer año a partir de la fecha del ajuste inicial • Período de prueba de 60 días desde la fecha de la colocación. • 60 pilas al año por audífono (suministro para 3 años) • Tres años de garantía para reparaciones por parte del fabricante • Cobertura de reemplazo de 1 vez para audífonos perdidos, robados o dañados • (puede aplicarse un deducible por audífono) • Primer par de moldes auriculares (cuando sea necesario) <p>Nuestro plan tiene un contrato con NationsHearing para prestar sus servicios de audición no cubiertos por Medicare. Debe obtener los audífonos de un proveedor NationsHearing. Comuníquese con NationsHearing por teléfono al (877) 246-1666 (TTY: 711) para obtener más información o para programar una cita.</p>	<p>\$1,250 de copago por audífono preferido \$1,550 de copago por audífono avanzado \$1,950 de copago por audífono prémium</p> <p>Los servicios de rutina/los servicios no cubiertos por Medicare no se contabilizan para el monto máximo de los gastos de bolsillo (MOOP). El beneficio está cubierto solo a través del proveedor contratado del plan.</p>	
 <p>Prueba de detección del HIV</p> <p>Para personas que solicitan una prueba de detección del HIV o que tienen mayor riesgo de una infección por HIV, 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 HIV cubierto por Medicare.</p>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</p>
<p>Atención de una agencia de atención médica domiciliaria</p> <p>Antes de recibir servicios de atención médica domiciliaria, un médico debe certificar que usted necesita dichos servicios y deberá ordenar tales servicios a una agencia de atención médica a</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por visitas de atención médica a domicilio</p>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo</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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<p>domicilio. Debe estar confinado en casa, lo cual significa que salir de su casa representa un esfuerzo mayor.</p> <p>Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de auxiliar de atención médica domiciliaria y de enfermeras de tiempo parcial o intermitente. (Para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de enfermería especializada y de auxiliar de atención médica domiciliaria combinados deben ser inferiores a 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos 	<p>cubiertas por Medicare.</p>	<p>de gastos de bolsillo.</p>
<p>Terapia de infusiones 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.</p> <p>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>Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes:</p> <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 que no estén cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto 	<p>20% de coseguro por artículos cubiertos por Medicare</p>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> 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 el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le dieron 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 ayudarle 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 centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de esta.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos para el control de síntomas y el alivio de dolor Servicios de atención de respiración 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,</p>		<p>Cuando se inscribe en un programa de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare, Original Medicare, en vez de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential, efectúa el pago de los servicios de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal.</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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<p>su proveedor de cuidado paliativo facturará a Original Medicare los servicios pagados por Original Medicare. Se le facturará la distribución de costos de Original Medicare.</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 recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, solamente paga la suma correspondiente de la distribución de costos del plan por servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el monto de la distribución de costos del plan por los servicios fuera de la red. <p><u>Para servicios cubiertos por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare:</u> CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential 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 la suma de la 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 la distribución de costos. Si están relacionados con su afección terminal en un centro para cuidados paliativos, usted pagará la</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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<p>distribución de costos 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 (<i>Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare</i>).</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>		
<p> Vacunas</p> <p>Entre los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare, se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacunas contra la neumonía • Inyecciones (o vacunas) contra la gripe/influenza, una vez en cada temporada de gripe/influenza en el otoño y en el invierno, con inyecciones (o vacunas) adicionales si es médicamente necesario. • Vacuna contra la hepatitis B para pacientes de riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra el COVID-19. • Otras vacunas, si corre riesgo y estas responden a las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>También se cubren la mayoría del resto de las vacunas para adultos según nuestros beneficios de medicamentos recetados de la Parte D. Consulte la Sección 8 del Capítulo 6 para obtener información adicional.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, gripe, Hepatitis B y el COVID-19.</p>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye servicios de hospital para casos agudos de pacientes hospitalizados, rehabilitación para</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<p>pacientes hospitalizados, hospitales de atención de largo plazo y otro tipo de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención en un hospital para pacientes hospitalizados 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 hospitalizado.</p> <p>Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes:</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 • 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 hospitalizados por trastornos por uso 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 modelo de atención de la comunidad, puede elegir ir a una ubicación local 	<p>Para cada hospitalización cubierta por Medicare: \$350 los días 1 al 5, \$0 de copago los días 6 al 90.</p> <p>Por cada hospitalización cubierta por Medicare, usted debe pagar la distribución de costos correspondiente por hospitalización.</p>	<p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<p>siempre que los proveedores de trasplantes locales acepten la tarifa de Original Medicare. Si CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential provee servicios de trasplante en un lugar fuera del modelo de atención para trasplantes en su comunidad y usted opta por recibir trasplantes en este lugar alejado, coordinaremos o pagaremos los gastos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. Todos los planes Medicare Advantage de CareFirst brindan cobertura para viajes y alojamiento relacionados con el trasplante de órganos para miembros que reúnan los requisitos y cuenten con una autorización previa aprobada para un trasplante de órganos cubierto por Medicare que se realice en un lugar distante. El período de beneficio para un trasplante cubierto comienza cinco días antes del trasplante y se extiende durante todo el episodio de atención médica del paciente trasplantado (sin exceder un año a partir de la fecha del trasplante). Los gastos de viaje y alojamiento están cubiertos para el receptor (no se incluye la admisión como paciente hospitalizado) y su acompañante siempre que el receptor reúna los requisitos necesarios y exista una autorización previa aprobada. El reembolso máximo total combinado permitido para viajes y alojamiento por episodio de atención médica de trasplante es de \$5,000 al año. Los gastos de alojamiento están limitados a un máximo de \$150 por día, lo que se aplica al máximo anual combinado de \$5,000. Consulte la Política de reembolso por servicios de trasplante para obtener más información.</p>		

CAPÍTULO 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<p>Servicios cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre (incluidas la conservación y administración). La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta que se utiliza. • Servicios de médicos <p>Nota: Para que usted pase a ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe redactar una orden para que usted quede formalmente hospitalizado en el hospital. 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 hospitalizado 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 hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, pregunte.</i> Esta hoja informativa está disponible en el sitio web, en el sitio https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf, o puede obtenerla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. 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>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”. 	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Por cada internación en un hospital psiquiátrico cubierta por Medicare: \$250 de copago los días 1 al 5, \$0 de copago los días 6 al 90.</p>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> • 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 a su límite 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>Hospitalizaciones: Servicios cubiertos que se reciben en un hospital o un SNF durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si se le han agotado sus beneficios para pacientes hospitalizados o si la estadía del paciente hospitalizado no es razonable ni necesaria, no cubriremos su estadía de paciente hospitalizado. 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). Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes:</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 	<p>Usted paga la distribución de costos correspondiente por servicios como si se proporcionaran de manera ambulatoria. Consulte el beneficio correspondiente en el Cuadro de beneficios médicos de esta Evidencia de cobertura.</p>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> • 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>Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para las personas que tienen diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero que no reciben diálisis) o luego de un trasplante de riñón ordenado por el médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año en el que recibe servicios de terapia nutricional médica con cobertura de Medicare (esto incluye a nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, existe la posibilidad de recibir más horas de tratamiento con una orden de un médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar su orden cada año, si necesita continuar el tratamiento el próximo año calendario.</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>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
 <p>Programa de Prevención de 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>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</p>
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</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. Entre los medicamentos cubiertos se incluyen los siguientes:</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. 	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>0-20% de coseguro por medicamentos de quimioterapia de la Parte B cubiertos por Medicare.</p> <p>0-20% de coseguro por otros medicamentos e insulina de la Parte B cubiertos por Medicare.</p> <p>El costo compartido de la insulina está sujeto a un límite de \$35 por un suministro para un mes.</p>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> • El medicamento contra el alzhéimer, Leqembi[®], (nombre genérico: lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico sobre qué exploraciones y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección, si tiene hemofilia. • Trasplante/Medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplante si Medicare pagó por su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B al momento de recibir medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • 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. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra en las condiciones de supervisión adecuada. 	<p>Los medicamentos de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos a requisitos de terapia escalonada.</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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del fármaco inyectable. A medida que estén disponibles nuevos medicamentos contra el cáncer oral, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o si se usan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de ESRD de la Parte B lo cubre. • Medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago de la ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv[®] y el medicamento oral Sensipar[®]. • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea médicamente necesario, y anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene enfermedad renal terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones determinadas (por ejemplo, Epogen[®], Procrit[®], Retacrit[®], Epoetin Alfa, Aranesp[®], Darbepoetin Alfa, Mircera[®] o metoxipolietilenglicol-epoetina beta). 		

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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> • Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda). <p>El siguiente enlace le dirigirá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: www.carefirst.com/medicare-options/compare-medicare-plans/medicare-part-b-prescription-drugs.html.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas según la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos según nuestro beneficio de medicamentos recetados 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 medicamentos recetados. 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>		
 Examen de detección de obesidad y tratamiento para promover un adelgazamiento constante <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 obtener más información.</p>	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de obesidad y tratamiento preventivos.	50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red. Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.
Servicios de programas para tratamiento de opioides <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir</p>	\$0 de copago por cada servicio del programa de tratamiento por	50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.

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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<p>cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la U.S. Food and Drug Administration (FDA) para tratamientos asistidos por medicamentos (MAT) • Dispensación y administración de medicamentos para MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el trastorno por el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de ingesta • Evaluaciones periódicas 	<p>consumo de opioides.</p>	<p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</p>
<p>Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias</p> <p>Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes:</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 necesite. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta que se utiliza. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias 	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>\$15 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>\$200 de copago por cada servicio radiológico de diagnóstico cubierto por Medicare. \$0 de copago por mamografías de diagnóstico.</p>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
	<p>\$15 de copago por cada servicio de medicina nuclear cubierto por Medicare.</p> <p>\$80 de copago por cada servicio de radiología terapéutica cubierto por Medicare.</p> <p>\$25 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 ortésicos y suministros médicos relacionados con prótesis, férulas y otros dispositivos cubiertos por Medicare.</p>	
<p>Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios</p> <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</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>\$295 de copago por cada observación hospitalaria para pacientes</p>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo</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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<p>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 redactado una orden para admitir su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar las sumas correspondientes de la distribución de costos por servicios de atención ambulatoria hospitalaria. 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 hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, pregunte.</i> Esta hoja informativa está disponible en el sitio web, en el sitio https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf, o puede obtenerla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>ambulatorios cubierta por Medicare.</p>	<p>de gastos de bolsillo.</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</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>Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes:</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <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 atención ambulatoria, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización parcial 	

CAPÍTULO 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<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 • 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 redactado una orden para admitir su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar las sumas correspondientes de la distribución de costos por servicios de atención ambulatoria hospitalaria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un <i>paciente ambulatorio</i>. 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 hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, pregunte</i>. Esta hoja informativa está disponible en el sitio web, en el sitio https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf, o puede obtenerla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. 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 ambulatoria 	

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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<p>Atención médica mental ambulatoria</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</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 (LPC), terapeuta familiar y de parejas matriculado (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>\$10 de copago por cada consulta de terapia individual con cualquier tipo de profesional de la salud mental o cada consulta de telesalud cubiertas por Medicare.</p> <p>\$10 de copago por cada consulta de terapia grupal con cualquier tipo de profesional de la salud mental o cada consulta de telesalud cubiertas por Medicare.</p>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</p>
<p>Servicios de rehabilitación ambulatorios</p> <p>Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes: 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>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>\$15 de copago por cada consulta de terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla y lenguaje cubiertas por Medicare.</p>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</p>
<p>Servicios ambulatorios por trastornos por uso de sustancias</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 (IOP) • Programas de hospitalización parcial (PHP) • Visita de tratamiento residencial 	<p>\$10 de copago por cada consulta de tratamiento individual contra el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> Atención a pacientes hospitalizados, incluida la desintoxicación <p>Todos los niveles de atención pueden incluir asesoramiento individual o grupal y tratamientos asistidos por medicamentos.</p>	<p>\$10 de copago por cada consulta de tratamiento grupal contra el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p>	
<p>Cirugías ambulatorias, incluidos servicios provistos en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: En el caso de que se le practique una cirugía en un centro hospitalario, deberá verificar con su proveedor si se lo considerará un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor redacte una orden para admitir su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar las sumas de la distribución de costos por la cirugía ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio.</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>\$295 de copago por cada visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p> <p>\$200 de copago por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.</p>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</p>
<p>Artículos de venta libre (OTC)</p> <p>Se proporciona una asignación para la compra de productos de venta libre (OTC) mediante el servicio de envío por correo, que puede usarse para adquirir una amplia selección de medicamentos, suministros y productos de cuidado personal que están disponibles sin receta. Entre los ejemplos de artículos OTC se incluyen los siguientes: vendas adhesivas o elásticas, antihistamínicos, analgésicos, descongestionantes, antiinflamatorios, antisépticos, somníferos, suplementos, suministros para la incontinencia, medias de compresión, dentífricos, adhesivos para dentaduras postizas, limpiadores de dentaduras</p>		<p>Los miembros recibirán una asignación trimestral de \$50 para cualquier compra por correo de productos de venta libre (OTC) a través de nuestro proveedor.</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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<p>postizas y estimuladores de encías.</p> <p>El catálogo de productos OTC contiene un listado completo de todos los medicamentos, suministros y productos de cuidado personal OTC cubiertos por el plan, así como el precio de cada artículo. Los productos y marcas disponibles pueden cambiar durante el año y están sujetos a disponibilidad. Se aplican límites de cantidad para artículos seleccionados.</p> <p>Visite el sitio web del plan para acceder al catálogo y solicitar artículos.</p>		
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios</p> <p>La <i>hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se brinda como un servicio ambulatorio hospitalario o es ofrecido por un centro de salud mental comunitario. Es más intensivo que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar y de parejas matriculado (LMFT) o terapeuta profesional matriculado. Se trata de una alternativa a la internación en el hospital.</p> <p>El <i>servicio intensivo para pacientes ambulatorios</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental). Se proporciona 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. Es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar y de parejas matriculado (LMFT) o terapeuta profesional matriculado, pero es menos intenso que la hospitalización parcial.</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>\$40 de copago por cada servicio ambulatorio para pacientes internados o por cada servicio de hospitalización parcial cubierto por Medicare.</p>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</p>
<p>Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico</p> <p>Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes:</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<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 <i>O</i> un especialista, si su médico lo indica para ver si necesita tratamiento médico • Determinados servicios de telesalud, incluidos los siguientes: proveedor de atención primaria, especialista, atención de la salud mental (individual o grupal), atención de la salud mental con un psicólogo (individual o grupal) y servicios de urgencia. Los servicios solo se prestarán a través de telesalud cuando el proveedor de la red lo considere clínicamente adecuado para el servicio. <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 obtener uno de estos servicios por telesalud, usted puede utilizar un proveedor de la red o fuera de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. ◦ Ofrecemos los siguientes medios de telesalud: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Visitas interactivas por video para servicios profesionales cuando se puede prestar atención en este formato según lo determine un proveedor dentro y fuera de la red 	<p>\$0 de copago por cada consulta a un proveedor de atención primaria o cada consulta de telesalud cubiertas por Medicare.</p> <p>\$45 de copago por cada consulta a un especialista o cada consulta de telesalud cubiertas por Medicare.</p> <p>\$10 de copago por cada consulta de terapia individual con cualquier tipo de profesional de la salud mental o cada consulta de telesalud cubiertas por Medicare.</p> <p>\$10 de copago por cada consulta de terapia grupal con cualquier tipo de profesional de la salud mental o cada consulta de telesalud cubiertas por Medicare.</p>	<p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> • 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 con un trastorno por uso de sustancias o trastorno de salud mental recurrente, 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. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico de entre 5 y 10 minutos siempre que: 		

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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> ◦ usted no sea un paciente nuevo y ◦ el chequeo no esté relacionado con una visita al consultorio que se haya realizado en los últimos 7 días y ◦ el chequeo no derive en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Se realizará una evaluación del video o las imágenes que envíe a su médico; se hará una interpretación de estas y se le realizará un seguimiento médico a las 24 horas <u>siempre que:</u> <ul style="list-style-type: none"> ◦ usted no sea un paciente nuevo y ◦ la evaluación no esté relacionada con una visita al consultorio que se haya realizado en los últimos 7 días y ◦ la evaluación no derive 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>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (tales como dedo en martillo o espolón calcáneo). 	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>\$10 de copago por cada consulta de</p>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p>

CAPÍTULO 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> 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> <ul style="list-style-type: none"> Atención de rutina de los pies no cubierta por Medicare para los miembros con determinadas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores. 	<p>podología cubierta por Medicare.</p> <p>\$10 de copago por cualquier servicio de podología adicional distinto de los servicios cubiertos por Medicare (hasta 12 consultas por año calendario).</p>	<p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</p>
 <p>Exámenes de detección de 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) 	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para un examen de PSA.</p> <p>\$0 de copago por cada tacto rectal cubierto por Medicare.</p>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</p>
<p>Dispositivos protésicos y ortopédicos, y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan todas o una parte o función corporal. Se incluyen las pruebas, la adaptación o la capacitación para el uso de los dispositivos ortopédicos y ortóticos además de lo siguiente: 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). Se incluyen ciertos suministros relacionados con los dispositivos ortopédicos y ortóticos y la reparación o el reemplazo de dispositivos ortopédicos y ortóticos. También se incluye cierta cobertura después de la extirpación o cirugía de cataratas; consulte Atención oftalmológica más adelante en esta sección para obtener más detalles.</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>20% de coseguro del costo total por dispositivos protésicos y ortóticos y suministros médicos relacionados con prótesis, férulas y otros dispositivos cubiertos por Medicare.</p>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (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><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>\$10 de copago por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.</p>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</p>
<p> Examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de 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>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</p>
<p> Examen preventivo de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Para las personas calificadas, una LDCT está cubierta cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son los siguientes: 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 para una LDCT durante la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida acerca de la prueba de detección del cáncer de</p>	<p>No hay copago, coseguro ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas o para la LDCT cubiertas por Medicare.</p>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<p>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 exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT después del examen de LDCT inicial:</i> el miembro debe recibir una orden para un examen de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que se puede proporcionar durante cualquier visita apropiada con 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> Examen de detección para infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos exámenes de detección para infecciones de transmisión sexual (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>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<p>Servicios para el tratamiento de enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a que los miembros tomen decisiones informadas acerca de su atención. Para 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 lo interna en un hospital para recibir cuidados especiales). • 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 Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.</p>	<p>\$0 de copago por servicios educativos sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por cada consulta de diálisis renal cubierta por Medicare.</p>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<p>Atención en centros de enfermería especializada (SNF)</p> <p>(Para obtener una definición de “atención en un centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12 de este folleto. 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. Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes:</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 • Los medicamentos que se deben administrar como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación) • Sangre (incluidas la conservación y administración). La cobertura de sangre y concentrados de eritrocitos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita; debe pagar los costos de las primeras tres pintas de sangre que obtenga en un año calendario o hacer que usted u otra persona donen la sangre. Todos los demás 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 	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Para cada estadía en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare: \$0 de copago por día entre el día 1 y el día 20, \$200 de copago por día entre el día 21 y el día 100.</p>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> • 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 la distribución de costos 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 cuidado continuo donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que se provea la atención de un centro de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital 		
 <p>Dejar de fumar y de 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 la distribución de costos correspondiente. Cada</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>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<p>intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.</p>		
<p>Terapia de Ejercicio Supervisada (SET) La SET está cubierta para los miembros con enfermedad arterial periférica sintomática (PAD). Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen con los requisitos para el programa SET. El programa SET debe:</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 • 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><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>\$10 de copago por cada consulta de terapia de ejercicio supervisada cubierta por Medicare.</p>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</p>
<p>Transporte (que no sea de emergencia) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Viajes de ida o de vuelta directamente hacia y desde ubicaciones relacionadas con la salud cada año calendario en taxi, furgoneta u otro tipo de transporte aprobado.</p>	<p>\$0 de copago por 10 viajes de ida o de vuelta directamente hacia y desde ubicaciones relacionadas con la salud cada año</p>	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<p>Este beneficio solo es válido para fines relacionados con la salud. Se proporciona transporte de rutina al miembro y, cuando sea necesario, debido al estado de salud del miembro, a un (1) acompañante. El beneficio de transporte solo se puede utilizar para citas y visitas a la farmacia directamente relacionadas con el miembro. El transporte no se puede utilizar para otra persona que no sea el miembro. No nos hacemos responsables de la pérdida de objetos, lesiones, etc. durante el servicio de transporte.</p> <p>Los miembros deben avisar con tres (3) días hábiles (de lunes a viernes, excepto días festivos) de antelación para coordinar el servicio de transporte. Los miembros deben llamar al 833-536-2001 (Los usuarios de TTY: 711) de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.</p> <p>Las cancelaciones o cambios deben realizarse al menos dos (2) horas antes del viaje programado, o se deducirán del número de viajes restantes.</p>	<p>calendario en taxi, furgoneta u otro tipo de transporte aprobado.</p>	
<p>Servicios requeridos urgentemente</p> <p>Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio que se necesita con urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicio del plan. Debido al momento, el lugar y las circunstancias, no es razonable que obtenga este servicio de los proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Su plan debe cubrir los servicios requeridos urgentemente y solo cobrarle la distribución de costos dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios requeridos urgentemente son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de enfermedades existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que son</p>	<p>\$30 de copago por cada consulta de atención de urgencia en persona. \$0 por consulta virtual de cuidado urgente.</p> <p>El copago se elimina si lo ingresan en el hospital en un plazo de 48 horas por la misma condición médica.</p> <p>\$25,000 (USD) de límite combinado por año por servicios de atención urgente y de emergencia prestados fuera de EE. UU. y sus territorios.</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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<p>médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.</p> <p>Los servicios médicos de urgencia están cubiertos a nivel mundial.</p> <p>Solo están cubiertos los servicios prestados en un entorno de atención de urgencia. Si le admiten en el hospital, los beneficios para pacientes hospitalizados relacionados con su atención de urgencia no están cubiertos por el plan.</p> <p>Si recibe servicios de emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable del pago en el momento en que se presten los servicios. Posteriormente, 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 1).</p>		
<p> Atención oftalmológica</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</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. 	<p>\$20 de copago por cada examen ocular para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto después de una</p>	<p>50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red. \$200 de máximo.</p> <p>Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.</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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, el plan cubre un examen de detección de glaucoma cada año. El grupo de personas con alto riesgo de glaucoma está compuesto por personas con historial familiar de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos mayores de 50 años e hispanoamericanos mayores de 65 años. • 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 operación de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. (Si se le hacen dos operaciones distintas de cataratas, no puede reservar el beneficio después de la primera operación para comprar dos anteojos después de la segunda operación). <p>También cubrimos a través de Davis Vision:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen ocular para diabéticos. • 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>cirugía de cataratas cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada consulta de detección del glaucoma cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada examen de la vista para diabéticos (uno por año calendario). El beneficio de la vista no se puede combinar con ningún descuento o promoción ofrecida por el proveedor. El seguro debe usarse en el momento de la venta para que se apliquen los beneficios.</p> <p>\$0 de copago por un examen de la vista de rutina (incluye dilatación y refracción), uno por año calendario.</p> <p>Cobertura adicional de artículos para la vista: Anteojos (monturas y lentes): - Las monturas seleccionadas compradas en la</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 dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
	<p>colección exclusiva de Davis Vision se cubrirán en su totalidad a través de nuestro proveedor.</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$200 de asignación para cualquier otra montura anualmente. - Las lentes de visión única, bifocales, trifocales y lenticulares tienen \$10 de copago para cada tipo de lentes al año. <p>Lentes de contacto (médicos y optativos):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si los lentes de contacto son médicamente necesarios, se cubrirán en su totalidad a través de Davis Vision. - \$250 de asignación para lentes de contacto optativos al año. - La evaluación y el ajuste de lentes de contacto están cubiertos en su totalidad para los lentes de contacto estándar y hasta un reembolso de hasta \$60 para los lentes de contacto especializados. 	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios fuera de la red
	Los servicios de rutina/los servicios no cubiertos por Medicare no se contabilizan para el monto máximo de los gastos de bolsillo (MOOP).	
 <p>Consulta preventiva de Bienvenida a Medicare</p> <p>El plan cubre una consulta preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> 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 <i>Bienvenida a Medicare</i> 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 <i>Bienvenida a Medicare</i>.</p>	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> .	50% de coseguro por todos los servicios fuera de la red. Usted paga estos importes hasta alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.

Cuadro de cobertura dental integral preventiva y mejorada

Tiene cobertura dental preventiva e integral adicional a los servicios cubiertos por Medicare. Consulte la tabla a continuación para obtener una descripción completa de los servicios cubiertos, las frecuencias y los montos de distribución de costos.

Para cualquier pregunta sobre los beneficios dentales, comuníquese con Servicios para Miembros.

Nota: Es posible que se requiera 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.

CÓDIGO	INN/ONN			
Tipo de plan	Medicare Advantage PPO			
Nombre del plan	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential (PPO)			
Características del plan	Incluye cobertura dental integral mejorada	Todos los servicios integrales están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$1000		
Deducible individual:	\$0			
Dentro de la red:	Cobertura disponible dentro y fuera de la red			
	Servicios dentales preventivos	Frecuencia	Distribución de costos dentro de la red	Distribución de costos fuera de la red
	Exámenes orales (16b1)			
D0120	EXAMEN ORAL PERIÓDICO, PACIENTE ESTABLECIDO	Dos veces al año	\$0	50% de coseguro
D0140	EVALUACIÓN ORAL LIMITADA, CENTRADA EN EL PROBLEMA. También se cubre con D9995 como modificador de teleodontología	Una vez al día por proveedor	\$0	50% de coseguro
D0150	EVALUACIÓN ORAL INTEGRAL, PACIENTE NUEVO O ESTABLECIDO	Una vez cada tres años por proveedor	\$0	50% de coseguro
D0160	EVALUACIÓN ORAL DETALLADA Y EXTENSA, CENTRADA EN EL PROBLEMA, POR INFORME	Una vez al día por proveedor	\$0	50% de coseguro
D0180	EVALUACIÓN PERIODONTAL INTEGRAL, PACIENTE NUEVO O ESTABLECIDO	Una vez cada tres años por proveedor	\$0	50% de coseguro
D0190	Examen de un paciente; un examen, incluidos los exámenes obligatorios estatales o federales, para determinar la necesidad de una persona de ser atendida por un dentista para un diagnóstico. Solo cubierto con D9995 como modificador de teleodontología.	Una vez por fecha de servicio	\$0	50% de coseguro

	Servicios dentales preventivos	Frecuencia	Distribución de costos dentro de la red	Distribución de costos fuera de la red
	Radiografías dentales (16b2)			
D0210	INTRAORAL, SERIE COMPLETA DE RADIOGRAFÍAS	Una vez cada tres años	\$0	50% de coseguro
D0220	INTRAORAL, PRIMERA RADIOGRAFÍA PERIAPICAL	Una vez por proveedor por día	\$0	50% de coseguro
D0230	INTRAORAL, CADA RADIOGRAFÍA PERIAPICAL ADICIONAL	Hasta seis por día	\$0	50% de coseguro
D0270	ALETA DE MORDIDA, RADIOGRAFÍA ÚNICA	Un conjunto de aletas de mordida por año	\$0	50% de coseguro
D0272	ALETAS DE MORDIDA, DOS RADIOGRAFÍAS		\$0	50% de coseguro
D0273	ALETAS DE MORDIDA, TRES RADIOGRAFÍAS		\$0	50% de coseguro
D0274	ALETAS DE MORDIDA, CUATRO RADIOGRAFÍAS		\$0	50% de coseguro
D0277	ALETAS DE MORDIDA VERTICALES, 7 A 8 RADIOGRAFÍAS	Una vez cada tres años	\$0	50% de coseguro
D0330	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA	Una vez cada tres años	\$0	50% de coseguro
	Profilaxis (16b4)			
D1110	PROFILAXIS, ADULTOS	Dos veces al año	\$0	50% de coseguro
	Tratamiento con fluoruro (16b5)			
D1206	APLICACIÓN TÓPICA DE BARNIZ DE FLUORURO	Solo uno de los códigos dos veces al año	\$0	50% de coseguro
D1208	APLICACIÓN TÓPICA DE FLUORURO, SE EXCLUYE EL BARNIZ		\$0	50% de coseguro
	Servicios dentales integrales (16c)			
	Máximo anual (se aplica SOLO a los servicios dentales integrales)	Máximo anual del plan \$1000:		

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Distribución de costos dentro de la red	Distribución de costos fuera de la red
	Servicios de restauración (16c1)			
D2140	AMALGAMA, UNA SUPERFICIE, DIENTE PRIMARIO O PERMANENTE	Una superficie cada 12 meses	\$30.00	50% de coseguro
D2150	AMALGAMA, DOS SUPERFICIES, DIENTES PRIMARIOS O PERMANENTES	Una superficie cada 12 meses	\$40.00	50% de coseguro
D2160	AMALGAMA, TRES SUPERFICIES, DIENTES PRIMARIOS O PERMANENTES	Una superficie cada 12 meses	\$50.00	50% de coseguro
D2161	AMALGAMA, CUATRO SUPERFICIES O MÁS, DIENTES PRIMARIOS O PERMANENTES	Una superficie cada 12 meses	\$60.00	50% de coseguro
D2330	COMPUESTO A BASE DE RESINA, UNA SUPERFICIE, DIENTE ANTERIOR	Una superficie cada 12 meses	\$30.00	50% de coseguro
D2331	COMPUESTO A BASE DE RESINA, DOS SUPERFICIES, DIENTES ANTERIORES	Una superficie cada 12 meses	\$40.00	50% de coseguro
D2332	COMPUESTO A BASE DE RESINA, TRES SUPERFICIES, DIENTES ANTERIORES	Una superficie cada 12 meses	\$50.00	50% de coseguro
D2335	COMPUESTO A BASE DE RESINA, CUATRO SUPERFICIES O MÁS O QUE INCLUYAN EL ÁNGULO INCISAL, DIENTES ANTERIORES	Una superficie cada 12 meses	\$60.00	50% de coseguro
D2391	COMPUESTO A BASE DE RESINA, UNA SUPERFICIE, DIENTE POSTERIOR	Una superficie cada 12 meses	\$30.00	50% de coseguro
D2392	COMPUESTO A BASE DE RESINA, DOS SUPERFICIES, DIENTES POSTERIORES	Una superficie cada 12 meses	\$40.00	50% de coseguro
D2393	COMPUESTO A BASE DE RESINA, TRES SUPERFICIES, DIENTES POSTERIORES	Una superficie cada 12 meses	\$50.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Distribución de costos dentro de la red	Distribución de costos fuera de la red
D2394	COMPUESTO A BASE DE RESINA, CUATRO SUPERFICIES O MÁS, DIENTES POSTERIORES	Una superficie cada 12 meses	\$60.00	50% de coseguro
D2542	SOBREINCRUSTACIÓN, METÁLICA, DOS SUPERFICIES	Una vez por diente cada 5 años	\$200.00	50% de coseguro
D2543	SOBREINCRUSTACIÓN, METÁLICA, TRES SUPERFICIES	Una vez por diente cada 5 años	\$200.00	50% de coseguro
D2544	SOBREINCRUSTACIÓN, METÁLICA, CUATRO O MÁS SUPERFICIES	Una vez por diente cada 5 años	\$300.00	50% de coseguro
D2642	SOBREINCRUSTACIÓN, PORCELANA O CERÁMICA, DOS SUPERFICIES	Una vez por diente cada 5 años	\$200.00	50% de coseguro
D2643	SOBREINCRUSTACIÓN, PORCELANA O CERÁMICA, TRES SUPERFICIES	Una vez por diente cada 5 años	\$300.00	50% de coseguro
D2644	SOBREINCRUSTACIÓN, PORCELANA O CERÁMICA, CUATRO O MÁS SUPERFICIES	Una vez por diente cada 5 años	\$300.00	50% de coseguro
D2662	SOBREINCRUSTACIÓN, COMPUESTO A BASE DE RESINA, DOS SUPERFICIES	Una vez por diente cada 5 años	\$200.00	50% de coseguro
D2663	SOBREINCRUSTACIÓN, COMPUESTO A BASE DE RESINA, TRES SUPERFICIES	Una vez por diente cada 5 años	\$300.00	50% de coseguro
D2664	SOBREINCRUSTACIÓN, COMPUESTO A BASE DE RESINA, CUATRO O MÁS SUPERFICIES	Una vez por diente cada 5 años	\$300.00	50% de coseguro
D2721	CORONA, RESINA CON METAL BASE PREDOMINANTE	Una vez por diente cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D2740	CORONA, PORCELANA O CERÁMICA	Una vez por diente cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Distribución de costos dentro de la red	Distribución de costos fuera de la red
D2751	CORONA, PORCELANA FUSIONADA CON METAL BASE PREDOMINANTE	Una vez por diente cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D2753	CORONA, PORCELANA FUSIONADA CON TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	Una vez por diente cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D2781	CORONA, 3/4 DE METAL BASE PREDOMINANTE FUNDIDO	Una vez por diente cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D2783	CORONA, 3/4 DE PORCELANA O CERÁMICA	Una vez por diente cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D2790	CORONA, REALIZADA COMPLETAMENTE EN METAL DE ALTA NOBLEZA FUNDIDO	Una vez por diente cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D2791	CORONA, REALIZADA COMPLETAMENTE EN METAL BASE PREDOMINANTE FUNDIDO	Una vez por diente cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D2792	CORONA, REALIZADA COMPLETAMENTE EN METAL NOBLE FUNDIDO	Una vez por diente cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D2794	CORONA, CON TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	Una vez por diente cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D2910	RECEMENTADO O READHESIÓN DE INCRUSTACIONES, SOBREINCRUSTACIONES, CARILLAS O RESTAURACIONES DE COBERTURA PARCIAL	Una vez cada 12 meses	\$20.00	50% de coseguro
D2915	RECEMENTADO O READHESIÓN DE PERNO Y MUÑÓN FABRICADOS INDIRECTAMENTE O PREFABRICADOS	Una vez cada 12 meses	\$20.00	50% de coseguro
D2920	RECEMENTADO O READHESIÓN DE CORONA	Una vez cada 12 meses	\$20.00	50% de coseguro
D2940	RESTAURACIÓN DE PROTECCIÓN	Una vez por diente por año	\$20.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Distribución de costos dentro de la red	Distribución de costos fuera de la red
D2950	RECONSTRUCCIÓN DEL MUÑÓN, INCLUIDO CUALQUIER PERNO, CUANDO SEA NECESARIO	Una vez por diente cada 5 años	\$60.00	50% de coseguro
D2951	RETENCIÓN DE PERNO, POR DIENTE, ADEMÁS DE LA RESTAURACIÓN	Según sea necesario	\$15.00	50% de coseguro
D2952	PERNO Y MUÑÓN ADEMÁS DE LA CORONA, FABRICADOS INDIRECTAMENTE	Una vez por diente cada 5 años	\$100.00	50% de coseguro
D2954	PERNO Y MUÑÓN ADEMÁS DE LA CORONA, PREFABRICADOS	Una vez por diente cada 5 años	\$60.00	50% de coseguro
Servicios de implantes (16c6)				
D6013	COLOCACIÓN QUIRÚRGICA DE MINIIMPLANTE	Una vez cada 5 años	\$200.00	50% de coseguro
D6056	PILAR PREFABRICADO, INCLUYE MODIFICACIÓN Y COLOCACIÓN	Una vez cada 5 años	\$300.00	50% de coseguro
D6057	PILAR FABRICADO A MEDIDA, INCLUYE COLOCACIÓN	Una vez cada 5 años	\$300.00	50% de coseguro
D6058	CORONA DE CERÁMICA O PORCELANA APOYADA SOBRE UN PILAR	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6059	CORONA DE PORCELANA FUSIONADA CON METAL (METAL DE ALTA NOBLEZA) APOYADA SOBRE UN PILAR	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6060	CORONA DE PORCELANA FUSIONADA CON METAL (METAL BASE PREDOMINANTE) APOYADA SOBRE UN PILAR	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6061	CORONA DE PORCELANA FUSIONADA CON METAL (METAL NOBLE) APOYADA SOBRE UN PILAR	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6062	CORONA FUNDIDA EN METAL (METAL DE ALTA NOBLEZA) APOYADA SOBRE UN PILAR	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Distribución de costos dentro de la red	Distribución de costos fuera de la red
D6063	CORONA FUNDIDA EN METAL (METAL BASE PREDOMINANTE) APOYADA SOBRE UN PILAR	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6064	CORONA FUNDIDA EN METAL (METAL NOBLE) APOYADA SOBRE UN PILAR	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6065	CORONA DE PORCELANA O CERÁMICA APOYADA SOBRE UN IMPLANTE	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6066	CORONA APOYADA SOBRE UN IMPLANTE, PORCELANA FUSIONADA CON ALEACIONES DE ALTA NOBLEZA	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6067	CORONA APOYADA SOBRE UN IMPLANTE, ALEACIONES DE ALTA NOBLEZA	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6075	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN IMPLANTE PARA FPD (PRÓTESIS PARCIAL FIJA) DE CERÁMICA	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6076	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN IMPLANTE PARA FPD, PORCELANA FUSIONADA CON ALEACIONES DE ALTA NOBLEZA	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6077	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN IMPLANTE PARA FPD DE METAL, ALEACIONES DE ALTA NOBLEZA	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6082	CORONA APOYADA SOBRE UN IMPLANTE, PORCELANA FUSIONADA CON ALEACIONES BASE PREDOMINANTES	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6083	CORONA APOYADA SOBRE UN IMPLANTE, PORCELANA FUSIONADA CON ALEACIONES NOBLES	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6084	CORONA APOYADA SOBRE UN IMPLANTE, PORCELANA	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Distribución de costos dentro de la red	Distribución de costos fuera de la red
	FUSIONADA CON TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO			
D6086	CORONA APOYADA SOBRE UN IMPLANTE, ALEACIONES BASE PREDOMINANTES	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6087	CORONA APOYADA SOBRE UN IMPLANTE, ALEACIONES NOBLES	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6088	CORONA APOYADA SOBRE UN IMPLANTE, TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6094	CORONA APOYADA SOBRE UN PILAR, TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6097	CORONA APOYADA SOBRE UN PILAR, PORCELANA FUSIONADA CON TITANIO O ALEACIONES DE TITANIO	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6098	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN IMPLANTE, PORCELANA FUSIONADA CON ALEACIONES BASE PREDOMINANTES	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6099	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN IMPLANTE PARA FPD, PORCELANA FUSIONADA CON ALEACIONES NOBLES	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6100	EXTRACCIÓN DE IMPLANTE, POR INFORME	Según sea necesario	\$500.00	50% de coseguro
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	Una vez cada 12 meses	\$150.00	50% de coseguro
D6102	DESBRIDAMIENTO Y CONTORNEADO ÓSEO DE UN DEFECTO PERIIMPLANTE O DEFECTOS QUE RODEAN UN	Una vez cada 12 meses	\$150.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Distribución de costos dentro de la red	Distribución de costos fuera de la red
	SOLO IMPLANTE E INCLUYE LA LIMPIEZA DE LAS SUPERFICIES EXPUESTAS DEL IMPLANTE, INCLUIDA LA ENTRADA Y CIERRE DE COLGAJO			
D6120	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN IMPLANTE, PORCELANA FUSIONADA CON TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6121	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN IMPLANTE PARA FPD DE METAL, ALEACIONES BASE PREDOMINANTES	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6122	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN IMPLANTE PARA FPD DE METAL, ALEACIONES NOBLES	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6123	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN IMPLANTE PARA FPD DE METAL, TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6190	ÍNDICE RADIOGRÁFICO O QUIRÚRGICO PARA IMPLANTE, POR INFORME	Una vez cada 5 años	\$70.00	50% de coseguro
D6195	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN PILAR, PORCELANA FUSIONADA CON TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
	Servicios de endodoncia (16c2)			
D3310	TERAPIA ENDODÓNTICA, DIENTE ANTERIOR (NO INCLUYE LA RESTAURACIÓN FINAL)	Una vez por diente de por vida	\$200.00	50% de coseguro
D3320	TERAPIA DE ENDODONCIA, DIENTE PREMOLAR (NO INCLUYE LA RESTAURACIÓN FINAL)	Una vez por diente de por vida	\$200.00	50% de coseguro
D3330	TERAPIA DE ENDODONCIA, MOLAR (NO INCLUYE LA RESTAURACIÓN FINAL)	Una vez por diente de por vida	\$200.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Distribución de costos dentro de la red	Distribución de costos fuera de la red
D3346	REPETICIÓN DE TRATAMIENTO DE CONDUCTO PREVIO, DIENTE ANTERIOR	Una vez por diente de por vida	\$200.00	50% de coseguro
D3347	REPETICIÓN DE TRATAMIENTO DE CONDUCTO PREVIO, DIENTE PREMOLAR	Una vez por diente de por vida	\$200.00	50% de coseguro
D3348	REPETICIÓN DE TRATAMIENTO DE CONDUCTO PREVIO, MOLAR	Una vez por diente de por vida	\$200.00	50% de coseguro
D3410	APICECTOMÍA, DIENTE ANTERIOR	Una vez por diente de por vida	\$200.00	50% de coseguro
D3421	APICECTOMÍA, PREMOLAR (PRIMERA RAÍZ)	Una vez por diente de por vida	\$200.00	50% de coseguro
D3425	APICECTOMÍA, MOLAR (PRIMERA RAÍZ)	Una vez por diente de por vida	\$200.00	50% de coseguro
D3426	APICECTOMÍA (CADA RAÍZ ADICIONAL)	Una vez por diente de por vida	\$100.00	50% de coseguro
D3430	EMPASTE RETRÓGRADO, POR RAÍZ	Según sea necesario	\$100.00	50% de coseguro
D3450	AMPUTACIÓN DE RAÍZ, POR RAÍZ	Según sea necesario	\$100.00	50% de coseguro
Servicios de periodoncia (16c3)				
D4341	RASPADO PERIODONTAL Y ALISADO RADICULAR, CUATRO DIENTES O MÁS POR CUADRANTE	Una vez cada 24 meses	\$50.00	50% de coseguro
D4342	RASPADO PERIODONTAL Y ALISADO RADICULAR, DE UNO A TRES DIENTES POR CUADRANTE	Una vez cada 24 meses	\$50.00	50% de coseguro
D4346	RASPADO EN PRESENCIA DE INFLAMACIÓN GINGIVAL GENERALIZADA MODERADA O GRAVE, BOCA COMPLETA, DESPUÉS DE LA EVALUACIÓN ORAL	Una vez cada 24 meses	\$50.00	50% de coseguro
D4355	DESBRIDAMIENTO DE TODA LA BOCA PARA HABILITAR UNA EVALUACIÓN ORAL INTEGRADA	Una vez cada 36 meses	\$60.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Distribución de costos dentro de la red	Distribución de costos fuera de la red
	Y DIAGNÓSTICO EN LA VISITA SIGUIENTE			
D4910	MANTENIMIENTO PERIODONTAL	Dos veces al año	\$50.00	50% de coseguro
D4210	GINGIVECTOMÍA O GINGIVOPLASTIA, CUATRO O MÁS DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE	Una vez cada 5 años	\$200.00	50% de coseguro
D4211	GINGIVECTOMÍA O GINGIVOPLASTIA, DE UNO A TRES DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE	Una vez cada 5 años	\$100.00	50% de coseguro
D4212	GINGIVECTOMÍA O GINGIVOPLASTIA PARA PERMITIR EL ACCESO A PROCEDIMIENTOS RESTAURATIVOS, POR DIENTE	Una vez cada 5 años	\$100.00	50% de coseguro
D4240	PROCEDIMIENTO PARA COLGAJO GINGIVAL, INCLUIDO EL PULIDO RADICULAR, CUATRO O MÁS DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE	Una vez cada 5 años	\$100.00	50% de coseguro
D4241	PROCEDIMIENTO PARA COLGAJO GINGIVAL, INCLUIDO EL PULIDO RADICULAR, DE UNO A TRES DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE	Una vez cada 5 años	\$100.00	50% de coseguro
D4260	CIRUGÍA ÓSEA (INCLUIDA LA ELEVACIÓN DE UN COLGAJO DE ESPESOR TOTAL Y CIERRE), CUATRO O MÁS DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE	Una vez cada 5 años	\$300.00	50% de coseguro
D4261	CIRUGÍA ÓSEA (INCLUIDA LA ELEVACIÓN DE UN COLGAJO DE	Una vez cada 5 años	\$300.00	50% de coseguro

CAPÍTULO 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Distribución de costos dentro de la red	Distribución de costos fuera de la red
	ESPEJOR TOTAL Y CIERRE), DE UNO A TRES DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE			
D4263	INJERTO DE REEMPLAZO ÓSEO, DIENTE NATURAL RETENIDO, PRIMER SITIO EN EL CUADRANTE	Una vez cada 5 años	\$200.00	50% de coseguro
D4264	INJERTO DE REEMPLAZO ÓSEO, DIENTE NATURAL RETENIDO, CADA SITIO ADICIONAL EN EL CUADRANTE	Una vez cada 5 años	\$100.00	50% de coseguro
Prótesis removibles (16c4)				
D5110	DENTADURA POSTIZA COMPLETA, MAXILAR	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D5120	DENTADURA POSTIZA COMPLETA, MANDIBULAR	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D5130	DENTADURA POSTIZA INMEDIATA, MAXILAR	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D5140	DENTADURA POSTIZA INMEDIATA, MANDIBULAR	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D5211	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR, BASE DE RESINA (INCLUYE MATERIALES DE RETENCIÓN/SUJECIÓN, APOYOS Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D5212	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR, BASE DE RESINA (INCLUYE MATERIAL DE RETENCIÓN/SUJECIÓN, SOPORTES Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D5213	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR, ARMAZÓN DE METAL FUNDIDO CON BASES DE DENTADURA POSTIZA DE RESINA (INCLUYE MATERIAL DE RETENCIÓN, SOPORTES Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro

CAPÍTULO 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Distribución de costos dentro de la red	Distribución de costos fuera de la red
D5214	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR, ARMAZÓN DE METAL FUNDIDO CON BASES DE DENTADURA POSTIZA DE RESINA (INCLUYE MATERIAL DE RETENCIÓN, SOPORTES Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D5221	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR INMEDIATA, BASE DE RESINA (INCLUYE MATERIALES DE RETENCIÓN/SUJECCIÓN, APOYOS Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D5222	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR INMEDIATA, BASE DE RESINA (INCLUYE MATERIAL DE RETENCIÓN, SOPORTES Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D5223	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR INMEDIATA, ARMAZÓN DE METAL FUNDIDO CON BASES DE DENTADURA POSTIZA DE RESINA (INCLUYE MATERIAL DE RETENCIÓN, SOPORTES Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D5224	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR INMEDIATA, ARMAZÓN DE METAL FUNDIDO CON BASES DE DENTADURA POSTIZA DE RESINA (INCLUYE MATERIAL DE RETENCIÓN, SOPORTES Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D5225	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR, BASE FLEXIBLE (INCLUYE MATERIAL DE RETENCIÓN, SOPORTES Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D5226	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR, BASE FLEXIBLE (INCLUYE MATERIAL DE	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Distribución de costos dentro de la red	Distribución de costos fuera de la red
	RETENCIÓN, SOPORTES Y DIENTES)			
D5282	DENTADURA POSTIZA PARCIAL UNILATERAL EXTRAÍBLE, UNA PIEZA DE METAL FUNDIDO (INCLUYE MATERIAL DE RETENCIÓN Y DIENTES), MAXILAR	Una vez cada 5 años	\$200.00	50% de coseguro
D5283	DENTADURA POSTIZA PARCIAL UNILATERAL EXTRAÍBLE, UNA PIEZA DE METAL FUNDIDO (INCLUYE MATERIAL DE RETENCIÓN Y DIENTES), MANDIBULAR	Una vez cada 5 años	\$200.00	50% de coseguro
D5410	AJUSTE DE LA DENTADURA POSTIZA COMPLETA, MAXILAR	Una vez cada 12 meses por arco	\$30.00	50% de coseguro
D5411	AJUSTE DE LA DENTADURA POSTIZA COMPLETA, MANDIBULAR	Una vez cada 12 meses por arco	\$30.00	50% de coseguro
D5421	AJUSTE DE LA DENTADURA POSTIZA PARCIAL, MAXILAR	Una vez cada 12 meses por arco	\$30.00	50% de coseguro
D5422	AJUSTE DE LA DENTADURA POSTIZA PARCIAL, MANDIBULAR	Una vez cada 12 meses por arco	\$30.00	50% de coseguro
D5511	REPARACIÓN COMPLETA DE BASE ROTA DE DENTADURA POSTIZA, MANDIBULAR	Una vez cada 12 meses por arco	\$50.00	50% de coseguro
D5512	REPARACIÓN COMPLETA DE BASE ROTA DE DENTADURA POSTIZA, MAXILAR	Una vez cada 12 meses por arco	\$50.00	50% de coseguro
D5611	REPARACIÓN DE LA BASE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL DE RESINA, MANDIBULAR	Una vez cada 12 meses por arco	\$50.00	50% de coseguro
D5612	REPARACIÓN DE BASE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL DE RESINA, MAXILAR	Una vez cada 12 meses por arco	\$50.00	50% de coseguro

CAPÍTULO 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Distribución de costos dentro de la red	Distribución de costos fuera de la red
D5621	REPARACIÓN DEL ARMAZÓN PARCIAL COLADO, MANDIBULAR	Una vez cada 12 meses por arco	\$50.00	50% de coseguro
D5622	REPARACIÓN DEL ARMAZÓN PARCIAL COLADO, MAXILAR	Una vez cada 12 meses por arco	\$50.00	50% de coseguro
D5630	REPARACIÓN O REEMPLAZO DE LOS MATERIALES DE RETENCIÓN O DE SUJECIÓN ROTOS, POR DIENTE	Una vez cada 12 meses por arco	\$50.00	50% de coseguro
D5640	REEMPLAZO DE DIENTES ROTOS, POR DIENTE	Una vez cada 12 meses por arco	\$50.00	50% de coseguro
D5650	AGREGADO DE DIENTE A LA DENTADURA POSTIZA PARCIAL EXISTENTE	Una vez cada 12 meses por arco	\$50.00	50% de coseguro
D5660	AGREGADO DE UN GANCHO A UNA DENTADURA POSTIZA PARCIAL EXISTENTE, POR DIENTE	Una vez cada 12 meses por arco	\$50.00	50% de coseguro
D5710	DENTADURA POSTIZA MAXILAR COMPLETA	Una vez cada 36 meses	\$60.00	50% de coseguro
D5711	DENTADURA POSTIZA MANDIBULAR COMPLETA	Una vez cada 36 meses	\$60.00	50% de coseguro
D5720	REEMPLAZO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR	Una vez cada 36 meses	\$60.00	50% de coseguro
D5721	REEMPLAZO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR	Una vez cada 36 meses	\$60.00	50% de coseguro
D5730	RECUBRIMIENTO COMPLETO DENTADURA POSTIZA MAXILAR (EN EL CONSULTORIO)	Una vez cada 36 meses	\$60.00	50% de coseguro
D5731	RECUBRIMIENTO COMPLETO DENTADURA POSTIZA MANDIBULAR (EN EL CONSULTORIO)	Una vez cada 36 meses	\$60.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Distribución de costos dentro de la red	Distribución de costos fuera de la red
D5740	RECUBRIMIENTO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR (EN EL CONSULTORIO)	Una vez cada 36 meses	\$60.00	50% de coseguro
D5741	RECUBRIMIENTO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR (EN EL CONSULTORIO)	Una vez cada 36 meses	\$60.00	50% de coseguro
D5750	RECUBRIMIENTO COMPLETO DE DENTADURA POSTIZA MAXILAR (EN EL LABORATORIO)	Una vez cada 36 meses	\$60.00	50% de coseguro
D5751	RECUBRIMIENTO COMPLETO DE DENTADURA POSTIZA MANDIBULAR (EN EL LABORATORIO)	Una vez cada 36 meses	\$60.00	50% de coseguro
D5760	RECUBRIMIENTO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR (EN EL LABORATORIO)	Una vez cada 36 meses	\$60.00	50% de coseguro
D5761	RECUBRIMIENTO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR (EN EL LABORATORIO)	Una vez cada 36 meses	\$60.00	50% de coseguro
D5850	ACONDICIONAMIENTO DE TEJIDOS, MAXILAR	Una vez cada 12 meses	\$60.00	50% de coseguro
D5851	ACONDICIONAMIENTO DE TEJIDOS, MANDIBULAR	Una vez cada 12 meses	\$60.00	50% de coseguro
D5863	SOBREDENTADURA POSTIZA, MAXILAR COMPLETA	Una vez cada 5 años	\$700.00	50% de coseguro
D5864	SOBREDENTADURA POSTIZA, MAXILAR PARCIAL	Una vez cada 5 años	\$700.00	50% de coseguro
D5865	SOBREDENTADURA POSTIZA, MANDIBULAR COMPLETA	Una vez cada 5 años	\$700.00	50% de coseguro
D5866	SOBREDENTADURA POSTIZA, MANDIBULAR PARCIAL	Una vez cada 5 años	\$700.00	50% de coseguro
D5875	MODIFICACIÓN DE PRÓTESIS EXTRAÍBLE LUEGO DE UNA CIRUGÍA DE IMPLANTE	Una vez cada 12 meses por arco	\$60.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Distribución de costos dentro de la red	Distribución de costos fuera de la red
	Prótesis fijas (16c7)			
D6210	PÓNTICO, METAL FUNDIDO DE ALTA NOBLEZA	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6211	PÓNTICO, METAL FUNDIDO PREDOMINANTEMENTE DE BASE	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6212	PÓNTICO, METAL NOBLE FUNDIDO	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6214	PÓNTICO, CON TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6240	PÓNTICO, PORCELANA FUSIONADA CON METAL DE ALTA NOBLEZA	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6241	PÓNTICO, PORCELANA FUSIONADA CON METAL BASE PREDOMINANTE	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6242	PÓNTICO, PORCELANA FUSIONADA CON METAL NOBLE	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6243	PÓNTICO, PORCELANA FUSIONADA CON TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6245	PÓNTICO, PORCELANA O CERÁMICA	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6250	PÓNTICO, RESINA CON METAL DE ALTA NOBLEZA	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6251	PÓNTICO, RESINA CON METAL BASE PREDOMINANTE	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6252	PÓNTICO, RESINA CON METAL NOBLE	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6750	CORONA DE RETENCIÓN, PORCELANA FUSIONADA CON METAL DE ALTA NOBLEZA	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6751	CORONA DE RETENCIÓN, PORCELANA FUSIONADA CON METAL BASE PREDOMINANTE	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Distribución de costos dentro de la red	Distribución de costos fuera de la red
D6752	CORONA DE RETENCIÓN, PORCELANA FUSIONADA CON METAL NOBLE	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6753	CORONA DE RETENCIÓN, PORCELANA FUSIONADA CON TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6780	CORONA DE RETENCIÓN, 3/4 DE METAL DE ALTA NOBLEZA FUNDIDO	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6781	CORONA DE RETENCIÓN, 3/4 DE METAL BASE PREDOMINANTE FUNDIDO	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6782	CORONA DE RETENCIÓN, 3/4 DE METAL NOBLE FUNDIDO	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6783	CORONA DE RETENCIÓN, 3/4 DE PORCELANA O CERÁMICA	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6790	CORONA DE RETENCIÓN, REALIZADA COMPLETAMENTE EN METAL DE ALTA NOBLEZA FUNDIDO	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6791	CORONA DE RETENCIÓN, REALIZADA COMPLETAMENTE EN METAL BASE PREDOMINANTE FUNDIDO	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6792	CORONA DE RETENCIÓN, REALIZADA COMPLETAMENTE EN METAL NOBLE FUNDIDO	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6794	CORONA DE RETENCIÓN, CON TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	Una vez cada 5 años	\$400.00	50% de coseguro
D6930	RECEMENTADO O READHESIÓN DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA	Una vez cada 12 meses	\$40.00	50% de coseguro
Cirugía oral y maxilofacial (16c8)				
D7210	EXTRACCIÓN, DENTICIÓN QUE REQUIERE EXTRACCIÓN DEL	Una vez por diente de por vida	\$100.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Distribución de costos dentro de la red	Distribución de costos fuera de la red
	HUESO O SEGMENTACIÓN DEL DIENTE Y EXCLUYE ELEVACIÓN DEL COLGAJO MUCOPERIÓSTICO, SI SE INDICA			
D7220	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO, TEJIDO BLANDO	Una vez por diente de por vida	\$100.00	50% de coseguro
D7230	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO, PARCIALMENTE ERUPCIONADO	Una vez por diente de por vida	\$100.00	50% de coseguro
D7240	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO, COMPLETAMENTE ERUPCIONADO	Una vez por diente de por vida	\$100.00	50% de coseguro
D7241	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO, COMPLETAMENTE ERUPCIONADO, CON COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS POCO COMUNES	Una vez por diente de por vida	\$100.00	50% de coseguro
D7250	EXTRACCIÓN DE RAÍCES DENTALES RESIDUALES (PROCEDIMIENTO CON INCISIÓN)	Una vez por diente de por vida	\$100.00	50% de coseguro
D7111	EXTRACCIÓN, RESTOS DE CORONA, DIENTE PRIMARIO	Una vez por diente de por vida	\$40.00	50% de coseguro
D7140	EXTRACCIÓN, DENTICIÓN O RAÍZ EXPUESTA (ELEVACIÓN O EXTRACCIÓN CON PINZAS)	Una vez por diente de por vida	\$50.00	50% de coseguro
D7280	EXPOSICIÓN DE UN DIENTE SIN ERUPCIONAR	Una vez por diente de por vida	\$100.00	50% de coseguro
D9222	SEDACIÓN PROFUNDA/ ANESTESIA GENERAL, PRIMEROS 15 MINUTOS	Según sea necesario	\$60.00	50% de coseguro
D9223	SEDACIÓN PROFUNDA/ ANESTESIA GENERAL DE DESPLAZAMIENTO, CADA INCREMENTO SUBSIGUIENTE DE 15 MINUTOS	Según sea necesario	\$60.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Distribución de costos dentro de la red	Distribución de costos fuera de la red
Servicios generales complementarios (16c10)				
D9910	APLICACIÓN DE MEDICAMENTO PARA QUITAR LA SENSIBILIDAD	Dos veces al año	\$15.00	50% de coseguro
D1354	APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS DE TRATAMIENTO PROVISIONAL PARA CARIES, POR DIENTE	Una aplicación por superficie y por vida útil.	\$15.00	50% de coseguro
D9110	TRATAMIENTO PALIATIVO (DE EMERGENCIA) DEL DOLOR DENTAL, PROCEDIMIENTO MENOR	Sin límite: disponible según sea necesario	\$30.00	50% de coseguro

Sección 2.2 Recibir atención utilizando el beneficio opcional para visitantes/ viajeros de nuestro plan

Si no se muda de forma permanente, pero está continuamente fuera del área de servicio de nuestro plan durante más de seis meses, por lo general, debemos cancelar su inscripción en nuestro plan. Sin embargo, ofrecemos un programa para viajeros o visitantes a través de la red PPO Blue Medicare Advantage que cubre todos los beneficios de la Parte A, la Parte B y los beneficios suplementarios ofrecidos por su plan fuera de su área de servicio en 48 estados y 2 territorios: Alabama, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Connecticut, Delaware, District of Columbia, Florida, Georgia, Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Louisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Mississippi, Missouri, Montana, Nebraska, Nevada, New Hampshire, New Jersey, New Mexico, New York, North Carolina, North Dakota, Ohio, Oklahoma, Oregon, Pennsylvania, Puerto Rico, Rhode Island, South Carolina, South Dakota, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, Wisconsin y West Virginia. Para algunos de los estados enumerados, las redes MA PPO solo están disponibles en algunas partes del estado. Este programa le permitirá seguir inscrito en nuestro plan cuando esté fuera de nuestra área de servicio por menos de 12 meses. En virtud de nuestro programa para viajeros o visitantes, es posible que usted reciba todos los servicios cubiertos del plan con la misma distribución de costos dentro de la red. Comuníquese con el plan para obtener ayuda y así encontrar un proveedor cuando utilice el beneficio para viajeros o visitantes. Si se encuentra en el área de viajeros o visitantes, puede seguir inscrito en nuestro plan durante hasta 12 meses. Si no volvió al área de servicio del plan dentro de un plazo de 12 meses, se anulará su inscripción del plan.

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 que *se excluyen* 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 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 custodia</p> <p>La atención de custodia es la atención personal que no requiere la atención constante de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, cuidados que ayudan al paciente con actividades de la vida cotidiana, tales como bañarse o vestirse.</p>	No cubiertos en ninguna condición	
Procedimientos, equipos y medicamentos quirúrgicos y médicos experimentales		<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.

CAPÍTULO 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Los procedimientos y suministros experimentales son aquellos suministros y procedimientos que generalmente no son aceptados por la comunidad médica según nuestro plan y Original Medicare.		(Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información acerca de los estudios de investigación clínica).
Los honorarios por atención cobrados por sus familiares directos o personas que viven en su casa	No cubiertos en ninguna condición	
Atención de enfermeros de tiempo completo en su domicilio	No cubiertos en ninguna condición	
Entrega de alimentos a domicilio	No cubiertos en ninguna condición	
Servicios domésticos que incluyen asistencia básica en el hogar, como actividades de limpieza o preparación de comidas ligeras	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

CAPÍTULO 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Anulación de procedimientos de esterilización 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*

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo **explica las normas para utilizar la cobertura de medicamentos de la Parte D**. Consulte el Capítulo 4 para obtener información sobre los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos para cuidados paliativos.

Sección 1.1 Normas básicas del plan sobre la cobertura de 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 profesional que receta) que le emita una receta válida según la ley estatal vigente.
- Su profesional que 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 de este capítulo. *O puede surtir su medicamento a través del servicio de envío por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (la llamamos Lista de medicamentos para abreviar). (Consulte la Sección 3 de este capítulo).
- El medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Una indicación médica aceptada consiste en el uso de un medicamento aprobado por la Food and Drug Administration, o avalado por determinadas referencias. (Consulte la Sección 3 de este capítulo para obtener más información sobre una indicación medicamento aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera aprobación antes de que lo cubramos. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información sobre las restricciones en su cobertura).

SECCIÓN 2 Surta los 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” abarca todos los medicamentos recetados de la Parte D que figuran en la Lista de medicamentos del plan.

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 el *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.carefirst.com/myaccount) 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 de la red en su área, puede obtener ayuda de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o utilizar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.carefirst.com/myaccount.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

Algunas recetas se deben surtir en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas se incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos para pacientes hospitalizados en un centro de atención de largo plazo (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 Indian Health Service / Tribal / Urban Indian Health Program. (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 Food and Drug Administration (FDA) restringe a ciertas localidades, o que requieren un manejo especial, coordinación con el proveedor o instrucciones para su uso. Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* www.carefirst.com/myaccount 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 envío por correo de la red del plan. Generalmente, los medicamentos suministrados a través del servicio de envío por correo son medicamentos que usted toma de manera regular para una condición médica crónica o de largo plazo. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de envío por correo del plan están marcados con “NM” para indicar que no están disponibles en nuestra Lista de medicamentos.

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

El servicio de envío por correo de nuestro plan le *permite* solicitar **un suministro de hasta 100 días** de medicamentos de los Niveles 1, 2 y 3. El suministro de medicamentos del Nivel 4 está limitado a 90 días y el de medicamentos del Nivel 5 está limitado a 30 días.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con Servicios para Farmacia al 888-970-0917.

Generalmente, recibirá un pedido de farmacia de envío por correo en un plazo máximo de 10 días. Si la farmacia de envío por correo prevé un retraso en el pedido, se le notificará el retraso. Si necesita solicitar un pedido urgente debido a un retraso en el pedido por correo, puede comunicarse con Atención al Cliente para analizar las opciones, que pueden incluir obtenerlo en una farmacia minorista local o acelerar el método de envío. Proporcione al representante su número de identificación y números de recetas. Si desea la entrega de sus medicamentos al segundo día o al día siguiente, puede solicitarla al representante de Atención al Cliente por un cargo adicional.

Medicamentos recetados nuevos que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

La farmacia surtirá y entregará automáticamente los medicamentos recetados nuevos que reciba de los proveedores de atención médica, sin consultarlo primero con usted, en los siguientes casos:

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

Si recibe un medicamento recetado automáticamente por correo que no desea y no fue contactado para saber si lo 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 Farmacias al 888-970-0917.

Si nunca ha utilizado nuestro servicio de envío por correo o decide interrumpir el surtido automático de medicamentos recetados, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba un medicamento recetado de un proveedor de atención médica para saber si desea que el medicamento se surta y se envíe de inmediato. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarles si deben enviar, retrasar o cancelar la nueva receta.

Resurtido de medicamentos con envío por correo. Para el resurtido de sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que sus medicamentos están por acabarse. 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 medicamento 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 la farmacia 15 días antes de que se acabe su medicamento recetado actual. Esto garantizará que su pedido se envíe a tiempo.

Si desea no participar en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para Farmacias al 888-970-0917.

Si recibe un resurtido de un medicamento automáticamente por correo y no lo desea, puede ser elegible para un reembolso.

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

Cuando recibe un suministro a largo plazo de medicamentos, su distribución de costos puede ser menor. 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 condición médica crónica o prolongada).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. El *Directorio de farmacias* www.carefirst.com/myaccount le indica cuáles farmacias dentro de la red le pueden entregar un suministro a largo plazo 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 pedido 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 medicamento recetado puede tener cobertura en algunas circunstancias**

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en farmacias fuera de la red *únicamente* cuando no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarle, ofrecemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede adquirir sus medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. **Verifique primero con Servicios para Miembros** para saber si hay alguna 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.

Estas son las circunstancias en las que cubriremos los medicamentos recetados que se surtan en una farmacia fuera de la red:

- La receta es para una emergencia médica o un servicio requerido urgentemente.
- No puede obtener un medicamento cubierto en un momento de necesidad porque no hay farmacias de la red que funcionen las 24 horas del día a una distancia razonable en automóvil.

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

- La receta es para un medicamento recetado 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.
- Es una vacuna o un medicamento que se administra en el consultorio de su médico.

Incluso si cubrimos los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red, es posible que pague más de lo que hubiera pagado si hubiera ido a una farmacia dentro de la red.

Si necesita ir a una farmacia fuera de la red por cualquiera de los motivos antes mencionados, el plan cubrirá un suministro de hasta 30 días de medicamentos.

¿Cómo solicitar un reembolso del plan?

Si debe adquirir un medicamento en una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total (en lugar de pagar su parte normal del costo) en el momento en que adquiere el medicamento. 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	En la Lista de medicamentos se le informa sobre los medicamentos de la 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 explicadas en este capítulo y el medicamento se use para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada se refiere a que el uso del medicamento coincida con *alguno* de estos casos:

- Es aprobado por la Food and Drug Administration para el diagnóstico o la afección para los que se ha recetado.
- Es apoyado por ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Formulario de American Hospital y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

En la Lista de medicamentos se incluyen los medicamentos de marca, los genéricos, y los productos biológicos (que pueden incluir medicamentos biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con un nombre comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos de lo habitual. 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. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan “medicamentos biosimilares”. Por lo general, los medicamentos genéricos y los medicamentos biosimilares actúan con la misma eficacia que el medicamento de marca o el producto biológico original y su costo es menor. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos medicamentos biosimilares son medicamentos biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la Lista de medicamentos.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos recetados y son igual de eficaces. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros. Nuestro plan solo proporciona un beneficio complementario bajo la Parte C para artículos de venta libre a través de un proveedor para artículos específicos. Consulte el Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4 para obtener más detalles.

¿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 ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 7.1 en 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 distribución de costos para los medicamentos de la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos en la Lista de medicamentos del plan se incluyen en uno de los cinco niveles de distribución de costos. En general, cuanto más alto es el nivel de distribución de costos, mayor es el costo que le corresponde a usted por el medicamento:

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

- **Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos:** Es el nivel más bajo e incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- **Nivel 2 – Medicamentos genéricos:** Incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- **Nivel 3 – Medicamentos de marca preferidos:** Incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- **Nivel 4 – Medicamentos no preferidos:** Incluye medicamentos genéricos y de marca no preferidos.
- **Nivel 5 – Medicamentos especializados:** Es el nivel más alto e incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo.

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

El monto que paga por los medicamentos en cada nivel de distribución de costos se muestra en el Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

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

Usted tiene 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/myaccount). 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” del plan (www.carefirst.com/myaccount o llame 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 incentivarle 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 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)

Obtención de aprobación por adelantado 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 condición 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 surte 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.

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
--------------------	---

Es posible que haya un medicamento recetado que toma actualmente, o un medicamento que usted o su proveedor consideren que debe tomar, que no se encuentre en nuestra Lista de medicamentos o que se encuentre en ella 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 hay reglas y restricciones adicionales en la cobertura de ese medicamento, como se explicó en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de distribución de costos que establece una suma mayor de lo que usted piensa que corresponde.
- 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 qué puede hacer.**
- **Si su medicamento está en un nivel de distribución de costos que hace que sea más costoso de lo que piensa que debería ser, consulte la Sección 5.3 para descubrir 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 acerca del cambio.

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

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 ahora está restringido de alguna manera.**

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal 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 temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal se otorgará por un período máximo de 30 días. Si su receta es para 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 miembros que estén en el plan desde hace más de 90 días y residan en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesiten un suministro inmediatamente:**

Cubriremos el suministro de emergencia de un medicamento en particular por 31 días o menos si su receta es por 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 (hasta 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 condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted.

2) 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 del formulario 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 profesional que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

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

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

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

Puede cambiar de medicamento

Si su medicamento está en un nivel de distribución de costos que considera demasiado alto, hable con su proveedor. Puede existir un medicamento diferente en un nivel de distribución de costos más bajo que podría funcionar con la misma eficacia para usted. Llame a Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición 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 al plan que haga una excepción en el nivel de distribución de costos del medicamento para que usted pague menos por él. Si su proveedor dice que existen razones médicas que justifican que nos solicite una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla.

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

No se puede realizar este tipo de excepción en el caso de los medicamentos especializados de Nivel 5. No reducimos el monto de la distribución de costos para medicamentos en este nivel. Los medicamentos recetados cubiertos por nuestra cobertura mejorada de medicamentos (vea la Sección 7.1) tampoco son elegibles para este tipo de excepción de niveles.

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**
- **Transferir un medicamento a un nivel de distribución de costos mayor o menor**
- **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 por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

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

Consulte el Capítulo 12 para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que se analizan en este capítulo.

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. En esta sección se describen los tipos de cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos y cuándo recibirá un aviso directo si se realizan cambios para un medicamento que está tomando.

Cambios que podemos hacer a la Lista de medicamentos que le afectan durante el año actual del plan

- **Agregar medicamentos nuevos a la Lista de medicamentos y eliminar o modificar inmediatamente un medicamento similar incluido en ella.**
 - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos o moverlo a un nivel de distribución de costos diferente o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La nueva versión del medicamento aparecerá en el mismo nivel de distribución de costos o en uno inferior y con las mismas o menores restricciones.
 - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.

- Podemos realizar estos cambios de forma inmediata y comunicárselo luego, incluso si está tomando el medicamento que estamos eliminando o modificando. Si está tomando el medicamento similar en el momento en que hagamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos hecho.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios a un medicamento similar en la Lista de medicamentos con aviso previo.**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos; moverlo a un nivel de distribución de costos diferente, agregar restricciones nuevas o ambas cosas. La nueva versión del medicamento que agreguemos aparecerá en el mismo nivel de distribución de costos o en uno inferior y con las mismas o menores restricciones.
 - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar algún cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro adicional de 30 días del medicamento que está tomando.
- **Quitar medicamentos inseguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
 - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o sacarse del mercado por otra razón. Si esto sucede, es posible que lo eliminemos de inmediato de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo haremos saber después de implementar el cambio.
- **Implementar otros cambios a los medicamentos de la Lista de medicamentos.**
 - Podemos hacer otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, nosotros nos basamos en las advertencias del recuadro de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro adicional de 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos cualquiera de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que está tomando, hable con su profesional que receta sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, como cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer restricciones nuevas sobre el medicamento que está tomando. Usted o su profesional que receta pueden solicitarnos una excepción para que continuemos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, 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 describieron anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realice

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

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:

- Reclassificar el medicamento en un nivel de distribución de costos más alto.
- Establecer una nueva restricción al uso del medicamento.
- Eliminar 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, u otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará a su uso ni a lo que usted paga como parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente.

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 durante el período 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
--

En esta sección se le indica qué tipos de medicamentos recetados están excluidos. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

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

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

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no cubre un medicamento que estaría cubierto según la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *fuera de lo indicado* de un medicamento cuando el uso no está avalado por ciertas referencias, como Información de Medicamentos del Servicio de Formulario de American Hospital y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex. 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 Food and Drug Administration.

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

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

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

Además, si **recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare** para pagar sus medicamentos recetados, 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 recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Si recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar sus medicamentos, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que no suelen estar cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono e 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, la cual puede encontrar en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan nuestra parte del costo de 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, **es posible que deba 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. Cuando salga del hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados, siempre y cuando el medicamento cumpla con todas nuestras 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 sus 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 www.carefirst.com/myaccount 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 de 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 del empleador de su cónyuge o pareja de hecho), o grupo de jubilados, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Él o ella le pueden ayudar a determinar cómo funcionará su cobertura para medicamentos recetados actual con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura de grupo de empleados o jubilados, la cobertura de medicamentos que 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 estos avisos para demostrar que ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió el aviso de cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios del empleador o grupo de jubilados o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos 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 profesional que receta 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 profesional que receta que se lo notifique antes de que se surta su medicamento recetado.

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 para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma 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 un medicamento recetado. También revisamos nuestros registros con regularidad. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, tales como los siguientes:

- posibles errores en los medicamentos;
- medicamentos que posiblemente no sean necesarios, ya que está tomando otro similar 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 afectarle si los toma al mismo tiempo;
- recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los cuales usted es alérgico;
- posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando;
- cantidades inseguras de analgésicos opioides.

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

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

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los 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 recetadores o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides recientemente, podemos hablar con sus profesionales que recetan para asegurarnos de que su uso de medicamentos con opioides sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con sus profesionales que recetan, 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 nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Requerir que usted obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos con opioides o benzodiazepina de farmacias específicas.
- Requerir que usted obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos con opioides o benzodiazepina de un médico en particular.

- Limitar la cantidad de medicamentos con opioides 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 profesional que receta o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué profesionales que recetan 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 profesional que receta 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 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 Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (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 (MTM). Es voluntario y gratuito. Un equipo de 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 con ciertas enfermedades crónicas que toman medicamentos que superan un monto específico de costos, o aquellos que están en un DMP para ayudar a los miembros a tomar sus opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un programa de 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 sus medicamentos recetados y 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. Es una buena idea hablar con

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

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

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*

¿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 enviamos un folleto adicional denominado *Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben “Ayuda adicional” (Extra Help) para pagar medicamentos recetados* (también conocido como *Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS*), en el cual se explica su 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” del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 5, 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” 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 **distribución de costos**, 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 un medicamento recetado.

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 un medicamento recetado.

Sección 1.3 Cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo

Medicare cuenta con normas acerca de lo que se considera y *no* se considera 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 las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La etapa de cobertura inicial
- 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.

Sí importa quién paga:

- Si realiza estos pagos **usted mismo**, se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si **ciertas personas u organizaciones** los efectúan en su nombre. Esto incluye los pagos de sus medicamentos efectuados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por los Programas de Asistencia para Medicamentos contra el AIDS, por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica certificado por Medicare, los planes de salud de la empresa o del sindicato, TRICARE o por el Indian Health Service. Los pagos realizados por el programa de “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare también están incluidos.

Paso a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) hayan gastado un total de \$2,000 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, usted pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo

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

- Los medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que nuestro plan no cubre.

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

- 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.
- Los medicamentos fuera de la Parte D, incluidos los medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Los pagos que realiza por medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Los pagos por sus medicamentos que realiza el Department of Veterans Health Administration (VA).
- 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).
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos en virtud del Programa de Descuento del Fabricante.

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.

¿Qué puede hacer para llevar un control del total de sus gastos de bolsillo?

- **Nosotros le ayudaremos.** El informe de *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* que recibe incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance un total de \$2,000, este informe le indicará que ha dejado la Etapa de cobertura inicial y que ha pasado a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe.
- **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 Essential?
--------------------	--

Existen tres **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos recetados en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential. El importe que pague dependerá de la etapa 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 6 de este capítulo. A continuación, se describen las diferentes etapas:

Etapa 1: Etapa de cobertura inicial

Etapa 2: Etapa de cobertura en caso de catástrofe

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 Le enviamos un resumen mensual llamado *Explicación de beneficios de la Parte D (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 la renovación de sus medicamentos recetados 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**. Esto incluye lo que pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos y cualquier pago por sus medicamentos realizado mediante “Ayuda adicional” (Extra Help) de Medicare, planes de salud de empleador o sindicatos, TRICARE, Indian Health Service, programas de asistencia para medicamentos para AIDS, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP).
- Realizamos un seguimiento de sus **costos totales por medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó el plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si usted ha surtido uno o más medicamentos recetados 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 los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre aumentos en el precio desde el primer surtido para cada reclamación 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 medicamentos recetados, en el caso de que aplique.

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. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de membresía siempre que surta un medicamento recetado.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que sabemos sobre los medicamentos recetados 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 realizados por el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el AIDS (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas, 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 una *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 Essential

No hay deducibles para CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential. Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surte su primer medicamento recetado del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

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

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

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 uno de los cinco niveles de distribución de costos. En general, cuanto mayor sea el nivel de distribución de costos, mayor será su costo por el medicamento:

- **Nivel 1 – Medicamentos genéricos preferidos:** Es el nivel más bajo e incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- **Nivel 2 – Medicamentos genéricos:** Incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- **Nivel 3 – Medicamentos de marca preferidos:** Incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- **Nivel 4 – Medicamentos no preferidos:** Incluye medicamentos genéricos y de marca no preferidos.
- **Nivel 5 – Medicamentos especializados:** Es el nivel más alto e incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo.

Para conocer en qué nivel de distribución de costos 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.

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

- 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.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo surtir sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias del plan* www.carefirst.com/myaccount.

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.

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 estándares (dentro de la red)	Distribución de costos en farmacias de envío por correo	Distribución de costos de atención a largo plazo (LTC)	Distribución de costos en farmacias fuera de la red
Nivel	(Un suministro de hasta 30 días)	(Un suministro de hasta 30 días)	(Un suministro de hasta 31 días)	(La cobertura está limitada a ciertas situaciones; para obtener más información, consulte el Capítulo 5). (Un suministro de hasta 30 días)
Nivel 1 de distribución de costos (Genéricos preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

Nivel	Distribución de costos en farmacias minoristas estándares (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). (Un suministro de hasta 30 días)
Nivel 2 de distribución de costos (Genéricos)	\$10 de copago	\$10 de copago	\$10 de copago	\$10 de copago
Nivel 3 de distribución de costos (De marca preferidos)	\$47 de copago	\$47 de copago	\$47 de copago	\$47 de copago
Nivel 4 de distribución de costos (Medicamento no preferido)	40% de coseguro	40% de coseguro	40% de coseguro	40% de coseguro
Nivel 5 de distribución de costos (Medicamentos especializados)	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre distribución de costos de las vacunas 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 los diferentes medicamentos recetados.

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 la distribución de costos diaria) 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 de largo plazo (de hasta 100 días) 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.

En la siguiente tabla se 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.

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

Nivel	Distribución de costos en farmacias minoristas estándares (dentro de la red)	Distribución de costos en farmacias de envío por correo
	(suministro de hasta 90 o 100 días según el nivel)	(suministro de hasta 90 o 100 días según el nivel)
Nivel 1 de distribución de costos (Genéricos preferidos)	\$0	\$0
Nivel 2 de distribución de costos (Genéricos)	\$10	\$10
Nivel 3 de distribución de costos (De marca preferidos)	\$141 de copago	\$47 de copago
Nivel 4 de distribución de costos (Medicamento no preferido)	40% de coseguro	40% de coseguro

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 del nivel de distribución de costos.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos totales en medicamentos durante el año alcancen los \$2,000.

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de bolsillo alcancen los \$2,000. Luego pasa a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe.

La *EOB de la Parte D* que recibe le ayudará a llevar un control de lo que pagaron usted, el plan y cualquier tercero en su nombre por sus medicamentos durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de \$2,000 de gastos de bolsillo 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 de cobertura en caso de catástrofe. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare sus costos de gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de cobertura en caso de catástrofe, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D

Ingresa a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe cuando sus gastos de bolsillo hayan alcanzado el límite de \$2,000 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura en caso de catástrofe, usted permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D. Lo que debe pagar depende de cómo y dónde las compre

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno para usted,. Consulte la Lista de medicamentos de su plan o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener detalles sobre la cobertura y la distribución de costos 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 Advisory Committee on Immunization Practices (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 la que usted se encuentra.

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

- 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.

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.

Situación 2: Recibe una vacuna 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 cualquier 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 o puede recibir una factura de parte de un proveedor. 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.

En algunas oportunidades, también recibirá una factura de un proveedor por el costo total de atención médica que usted recibió o posiblemente por más de su parte de la distribución de costos, como se indica en este documento. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deben cubrirse. Si decidimos que deberían cubrirse, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarlo, le informaremos al proveedor. Nunca debe pagar más de la distribución de costos permitida 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 usted ha recibido atención médica de un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan

Cuando recibe servicios de un proveedor que no forma parte de nuestra red, usted solo es responsable de pagar la parte del costo que le corresponde. (Es posible que su parte del costo sea mayor para un proveedor fuera de la red que para un proveedor de la red). Solicite al proveedor que envíe la factura por nuestra parte del costo al plan.

- Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a proporcionar atención de emergencia. Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de urgencia o 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

- Tenga en cuenta lo siguiente: Si bien puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, este debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto en el caso de atención de emergencia, no podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si el proveedor no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable por el costo total de los servicios que reciba.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que usted considera que no debe 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. Sin embargo, a veces cometen errores y le solicitan a usted pagar por los servicios.

- Usted solo debe pagar la suma de la distribución de costos que le corresponde cuando recibe los servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales independientes, conocidos como facturación de saldo. Esta medida de protección (por la cual nunca paga más de la suma de la distribución de costos que le corresponde) 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.
- 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 se inscribe retroactivamente en nuestro plan

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 tuvo 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 la reclamación directamente a nosotros. Cuando esto sucede, usted deberá pagar el costo total por el medicamento recetado.

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro de nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte cuáles son estas circunstancias en el Capítulo 5, Sección 2.5. Es posible que no le devolvamos la diferencia entre lo que usted pagó por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

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

5. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado 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.

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro de nuestra parte del costo. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

6. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado 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 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. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

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 la solicitud por escrito, envíe su factura y los comprobantes de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea conservar una copia de la factura y los recibos para sus registros. **Debe enviarnos su reclamación médica en el transcurso de un (1) año y su reclamación de la Parte D en el transcurso de tres (3) años** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

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

- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.carefirst.com/myaccount) o llame a Servicios para Miembros para solicitarlo.

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

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

Para reclamaciones médicas: CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Claims
P.O. Box 4495
Scranton, PA 18505

Para reclamaciones de la Parte D: 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. Es posible que nuestra parte del costo no sea el monto total que usted pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que nuestro precio negociado). 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 pagaremos y sus derechos 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 considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o con 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 obtener detalles sobre cómo hacer esta apelación, vaya al Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1	Debemos brindar la información de un modo que le resulte útil y sea coherente con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas además del inglés, en braille, en letra grande u otros 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 inscritos, incluidos aquellos que tienen un dominio limitado del inglés, una capacidad limitada de lectura, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico distinto. Entre algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad, se incluyen la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación para responder a las preguntas de los inscritos que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en sistema braille, letras grandes u otros formatos alternativos sin costo alguno 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 la distribución de costos dentro de la red.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar un reclamo al Servicio al Cliente al 833-536-2001 (Los usuarios de TTY deben llamar 711. También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente en la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

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

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in braille, in 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, please call to file a grievance with Customer Service at 833-536-2001 (TTY users should call 711). 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 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 para su atención.

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

Si cree que no está recibiendo su atención médica o medicamentos de la Parte D dentro de un período de tiempo razonable, en el Capítulo 9 se 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.

- Entre su información médica personal se 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.

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

- 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 de salud 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.

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. La privacidad de su información médica y financiera es importante para nosotros.

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 autoasegurado, comuníquese con el administrador del grupo. Este aviso se aplica a las prácticas

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

de privacidad de CareFirst of Maryland, Inc., Group Hospitalization and Medical Services, Inc., CareFirst BlueChoice, Inc., FirstCare, Inc. (CareFirst), CareFirst Advantage, Inc., CareFirst Advantage PPO, 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 que figura en su póliza de seguro, según sea necesario para fines de pago u operaciones de atención médica.

Usos y divulgaciones de la 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 médica 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 proporcionarle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su información médica protegida. Debemos respetar las prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras esté vigente. El presente aviso entró en vigencia el 1 de octubre de 2016 y está destinado a modificar el Aviso de Prácticas de Privacidad de CareFirst con fecha de entrada en vigencia del 14 de abril de 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 efectivos 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 cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o para obtener copias adicionales de este aviso, comuníquese con nosotros utilizando la información que aparece al final de este aviso.

Mantenemos medidas de protección físicas, electrónicas y procedimentales de acuerdo con las normas federales y estatales para proteger su información médica. Todos nuestros empleados 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 estarán sujetos a medidas disciplinarias.

Usos y divulgaciones principales de la información médica protegida

Utilizamos y divulgamos su información médica protegida para operaciones de pago y de atención médica. Por lo general, las reglamentaciones de privacidad federales de atención médica (“Regla de Privacidad de la Ley HIPAA”) no reemplazan (o prevalecen ante) 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

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

norma de privacidad en virtud de la cual se nos exigirá operar. Por ejemplo, respetaremos 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 (lo que incluye 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 profesionales cubiertos por 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 médica: Podemos utilizar y divulgar su información médica protegida en todas las actividades que se incluyen en la definición de “Operaciones de atención médica”, tal como se establece en la Regla de Privacidad de la Ley HIPAA. Por ejemplo, podemos utilizar y divulgar su información médica protegida para determinar nuestras primas para su plan de salud, llevar a cabo evaluaciones de calidad y actividades de mejora, participar en la coordinación de atención o en la administración de casos y administrar nuestras actividades comerciales.

Socios comerciales: En cuanto a nuestras actividades de pago y operaciones de atención médica, celebramos contratos con personas y entidades (denominadas “socios comerciales”) para que lleven a cabo diversas funciones en nuestro nombre o para que proporcionen 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 acepten 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 médica. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida a un proveedor de atención médica cuando este la necesite para brindarle tratamiento, y es posible que divulguemos esa información a otra entidad cubierta para realizar operaciones de atención médica en las áreas de garantía de calidad y actividades de mejora o autorización, certificación, licencias o acreditaciones.

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

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 por escrito para usar su información médica protegida o divulgarla a cualquier persona para cualquier fin que no esté detallado en este aviso. Si nos otorga una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier 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 requerirá su autorización para la mayoría de las divulgaciones de estas notas. Asimismo, en la medida (si corresponde) en que usemos o divulguemos su información para nuestras prácticas de recaudación de fondos, le ofreceremos la posibilidad de excluirse de 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 que se describen en este aviso.

Al Secretario del U.S. Department of Health and Human Services: Debemos divulgar su información médica protegida al Secretario del U.S. Department of Health and Human Services (DHHS) cuando dicho funcionario esté investigando o determinando si cumplimos con las regulaciones federales de privacidad.

A los patrocinadores del plan: Si la ley lo permite, podemos divulgar su información médica protegida al patrocinador de su plan de salud grupal para permitirle llevar 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 del plan 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 finaliza.

A familiares y amigos: Si usted está de acuerdo o si no está disponible para aceptar, como en una situación de emergencia médica, podemos divulgar su información médica protegida a un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudar con su atención médica 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 usaremos ni divulgaremos información médica protegida que sea información genética de una persona para tales fines. No usaremos ni divulgaremos esta información médica protegida recibida en estas circunstancias para ningún otro fin, salvo que lo exija la ley, a menos que usted suscriba un contrato de seguro de salud o de beneficios de salud con nosotros.

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

Actividades de supervisión de salud: Es posible que divulguemos su información médica protegida a un organismo de supervisión de salud para las actividades autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones, inspecciones, autorizaciones o medidas disciplinarias, o procedimientos o acciones civiles, administrativos o penales. Los organismos de supervisión que solicitan esta información incluyen agencias gubernamentales que supervisan: (i) el sistema de atención médica, (ii) los programas de beneficios del Gobierno, (iii) otros programas reglamentarios del Gobierno y (iv) el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Abuso o abandono: Podemos divulgar su información médica protegida a las autoridades pertinentes si consideramos razonablemente que podría ser una posible víctima de abuso, abandono, violencia doméstica u otros delitos.

Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad: En conformidad con ciertas leyes federales y estatales, podemos divulgar su información médica protegida si creemos que esto es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público.

Funcionarios responsables de la investigación, médicos forenses, directores funerarios y organizaciones de donación de órganos: Podemos divulgar su información médica protegida a un funcionario responsable de la investigación o médico forense para que le identifique después de morir, determine la causa de su 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 dedican a la donación y el trasplante de órganos, ojos o tejidos.

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 institución correccional, podemos divulgar su información médica protegida a esa institución o a un funcionario de la ley con los siguientes fines: (1) para que la institución le brinde atención médica, (2) para su salud y seguridad, y la salud y seguridad de los demás, o (3) para 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.

Casos exigidos 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, si así lo solicita, para que determine 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,

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

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 desaparecida. Es posible que divulguemos información médica protegida cuando sea necesario para ayudar a que los funcionarios de la ley capturen a una persona que haya admitido haber sido partícipe de un delito o que se haya escapado de la custodia legal.

Seguridad militar y nacional: En determinadas circunstancias, podemos divulgar a las autoridades militares la información médica protegida del personal de las Fuerzas Armadas. Es posible que divulguemos a los funcionarios federales información médica protegida que sea necesaria para el contraespionaje, el espionaje y otras actividades de seguridad nacional.

Otros usos y divulgaciones de su información médica protegida: Cualquier otro uso y divulgación de su información médica protegida que no se haya descrito anteriormente se realizará únicamente 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: Usted tiene derecho a consultar u obtener copias de la información médica protegida que esté en un conjunto de registros designados, con excepciones limitadas. Además, puede solicitar que proporcionemos copias en otro formato que no sea el de fotocopias. Utilizaremos el formato que solicite, a menos que no sea razonablemente posible. Debe presentar una solicitud por escrito para acceder a su información médica protegida. Puede solicitar que la información sea una copia electrónica en determinadas circunstancias, si realiza la solicitud por escrito. 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 enviemos por correo. Si solicita un formato alternativo, es posible que le cobremos una tarifa basada 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 determinadas condiciones, nuestra denegación no podrá someterse a revisión. Si esto ocurre, le informaremos en nuestra denegación que la decisión no podrá someterse a revisión. 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: Usted tiene derecho a recibir una lista de los casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales hayamos divulgado su información médica protegida para otros fines que no hayan sido tratamientos, pagos, operaciones de atención médica y otras

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

actividades determinadas. 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 determinada. 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 basada el costo por responder a estas solicitudes adicionales.

Solicitudes de restricción: Usted 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 emergencia), a menos que recibamos una solicitud por escrito de su parte para anular la restricción. Cualquier acuerdo que podamos hacer ante una solicitud de restricciones adicionales debe realizarse por escrito y estar firmado por una persona autorizada para realizar 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 enviándole un aviso por escrito.

Para solicitar una restricción, escríbanos 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 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 anular una restricción acordada.

Comunicación confidencial: Si cree que la divulgación de toda su información médica protegida o de parte de ella puede ponerle 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 procesarla. Puede solicitar una comunicación confidencial si nos escribe utilizando la información que aparece al final de este aviso.

Modificaciones: Usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información médica protegida. La solicitud debe realizarse por escrito y en ella se debe explicar por qué se debería modificar la información. Podemos denegar la solicitud si no creamos la información que desea que se modifique o por otros motivos determinados. Si eso ocurre, le proporcionaremos una explicación por escrito. Usted puede responder con una declaración de disconformidad para que se anexe a la información que quería que se modificara. Si aceptamos la solicitud de modificar la información, tomaremos todas las medidas razonables para informar a otros, incluidas las personas que usted nombre, sobre la modificación e incluir los cambios en toda divulgación futura de esa información.

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

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 filtración de información: En caso de que se produzca una filtración de su información médica no protegida, le proporcionaremos una notificación sobre ello, según lo exija 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:

Información que proporciona en solicitudes de inscripción u otros formularios, como su nombre, dirección, número de seguro social, salario, edad y sexo.

Información sobre su relación con CareFirst, nuestros afiliados y otros, como su cobertura de póliza, primas e historial de pago de reclamaciones.

Información como la descrita anteriormente que obtengamos de cualquiera de nuestras filiales.

Información que recibimos sobre usted de otras fuentes, como su empleador, su proveedor, su corredor y otros terceros.

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 que protegen 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 ofrecerle 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 compañías que forman parte de

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

la familia corporativa CareFirst e incluyen organizaciones de mantenimiento de la salud (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 reclamos

Información sobre las prácticas de privacidad de CareFirst

Puede solicitar una copia de nuestros avisos en cualquier 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.

Cómo presentar un reclamo

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 presentarnos un reclamo. También puede presentar un reclamo 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 y financiera protegida. Si decide presentar un reclamo ante nosotros o ante el DHHS, no tomaremos represalias de ninguna manera.

Información de contacto:

CareFirst BlueCross BlueShield and 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 Advantage PPO, Inc. y CareFirst Advantage DSNP, Inc.

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan District of Columbia es el nombre comercial de Trusted Health Plan (District of Columbia), Inc. En el District of Columbia y en Maryland, CareFirst MedPlus es el nombre comercial de First Care, Inc. En Virginia, CareFirst MedPlus es el nombre comercial de First Care, Inc. of Maryland (utilizado en VA por: First Care, Inc.). CareFirst of Maryland, Inc., Group Hospitalization and Medical Services, Inc., CareFirst Advantage, Inc., CareFirst Advantage PPO, Inc., CareFirst Advantage DSNP, 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 planes Blue Cross and Blue Shield independientes.

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

Como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential, 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 que le brindemos 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.** En los Capítulos 3 y 4 se proporciona información sobre los servicios médicos. En los Capítulos 5 y 6 se proporciona información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9 se 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. En el Capítulo 9 también se 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 condición médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender.*

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

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, entre sus derechos se 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.
- **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

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 lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgar **poder legal a otra persona para que tomen 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 hacer lo siguiente:

- **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. Debe considerar obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

- **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 en el caso de que usted no pueda hacerlo. Puede darles copias a sus amigos cercanos o a familiares. Conserve una copia en su hogar.

Si usted sabe anticipadamente que necesita estar hospitalizado 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.
- Si no ha firmado un formulario de directivas anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde que completar una directiva anticipada es su elección (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 firmó una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió sus instrucciones, puede realizar un reclamo ante El Departamento de Salud de Maryland.

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar reclamos y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o reclamo y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento se le indica lo que puede hacer. Haga lo que haga (pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar un reclamo), **estamos obligados a tratarte de manera justa.**

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 recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos por motivos de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, grupo étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe comunicarse con la **Oficina de Derechos Civiles** del Department of Health and Human Services al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o con la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Se trata de otras cuestiones?

Si cree que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda con el problema que está teniendo, de la siguiente manera:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para obtener más detalles, vaya a la Sección 3 del Capítulo 2.

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

- O puede llamar a Medicare 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 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Puede obtener más información sobre sus derechos en varios lugares:

- Puede llamar a Servicios para Miembros.
- Puede llamar al SHIP. Para obtener más detalles, vaya a la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con Medicare.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Derechos y protecciones de Medicare”. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - 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.** Utilice esta *Evidencia de cobertura* para saber qué está cubierto para usted y las normas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - En los Capítulos 3 y 4 se proporcionan los detalles sobre sus servicios médicos.
 - En los Capítulos 5 y 6 se proporcionan los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si usted cuenta con otra cobertura de seguro de salud o de medicamentos recetados, además de nuestro plan, debe comunicárnoslo.** En el Capítulo 1 se le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a que le ayuden brindándoles información, haciéndoles preguntas y realizando un seguimiento de su atención.**
 - Para ayudarlo 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 hacerla y de obtener una respuesta que pueda entender.

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúen de manera que ayuden a que las actividades en el consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios se desarrollen de manera ordenada.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Debe seguir pagando las primas de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio o 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 informar al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 1 Introducción

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

En este capítulo se explican 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 reclamos**, 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 le 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 un reclamo” en lugar de “presentar una queja”, “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 ayudarle. Incluso si tiene un reclamo sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Por lo tanto, es conveniente que acuda siempre al servicio de atención 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, se muestran dos entidades que pueden ayudarle.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (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 ayudarle 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 la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare puede hacer lo siguiente:

- 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 deberán 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 duda están relacionados con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas para determinar si los 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 un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

**CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)****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 la **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 desestimarán una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se descarte su solicitud. Si 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 debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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 desestimará 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 desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso donde se explique por qué la solicitud fue desestimada y cómo puede pedir una revisión de dicha desestimación.

Si 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 5.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para la atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se examinan con más detalle en la Sección 6 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, puede continuar a través de niveles adicionales de apelación (en la Sección 9 de este capítulo se explican los procesos de apelación de los Niveles 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 Seguros de Salud.
- **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, en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.carefirst.com/myaccount).
- 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 debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otro profesional que receta pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, 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, en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf, o en nuestro sitio web en www.carefirst.com/myaccount). 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. 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 dentro del plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será desestimada. 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, **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 cree que su cobertura finaliza demasiado pronto (*se aplica solo a los siguientes servicios: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios [CORF]*)

**CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

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 la 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. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea administrar y usted considera que esta atención está cubierta por el plan. **Solicite 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. **Presente 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. **Presente 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 integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer la Sección 7 y la Sección 8 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

**CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)****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 expeditiva**.

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 14 días calendario 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:
 - Explique que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explique que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, se la comunicaremos automáticamente.
 - Explique cómo puede presentar un “reclamo rápido” 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. En el Capítulo 2 se encuentra la información de contacto.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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

Para las decisiones de cobertura estándares utilizamos los plazos estándares.

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

- **Sin embargo**, si usted solicita una extensión o si necesitamos más información que puede beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, le 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 un reclamo rápido. Le daremos una respuesta a su reclamo tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para hacer un reclamo es diferente del proceso que se utiliza para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre reclamos).

Para las decisiones de cobertura rápida utilizamos un plazo expeditivo.

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 calendario más**. Si extendemos el plazo, le 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 un reclamo rápido. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre reclamos). 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 debe hacer si tiene un problema o un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)****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 **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración expeditiva**.

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 calendario 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 médico 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 a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** En el Capítulo 2 se encuentra la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 se encuentra la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 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 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.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si es necesario, recopilaremos más información y posiblemente nos comunicaremos con usted o su médico.

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 puede beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, le 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 que aún no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 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 puede beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, le 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 un reclamo rápido. Cuando presente un reclamo rápido, responderemos a su reclamo en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre reclamos).

**CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

- Si no le damos una respuesta antes del plazo (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.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, debemos autorizar o proveer la cobertura en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- **Si la respuesta de nuestro plan es negativa respecto a una parte o a todo lo presentado en 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 que Medicare contrata**. 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.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si en el Nivel 1 tuvo una apelación estándar, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2

- En el caso de una apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión le deberá dar una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días 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 **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 expeditivas**, 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:
 - Que explique 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.
 - Cómo presentar una apelación de Nivel 3.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si decide presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibió después de la apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador se encarga de la apelación de Nivel 3. En la Sección 9 de este capítulo se explica sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5	¿Qué sucede si usted nos solicita que le paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido por atención médica?
--------------------	---

En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las cuales es posible que tenga que solicitar un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. 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 normalmente en un plazo de entre 30 y 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 debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- 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

Entre sus beneficios se incluye 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 que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar que retiremos una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede recibir, autorización previa o el requisito de probar primero otro medicamento) **Solicite una excepción. Sección 6.2**

**CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

- 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 por adelantado de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar un medicamento recetado que ya compró. **Solicite un reembolso. Sección 6.4**

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

En esta sección se explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación.

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 nivel**.

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

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que receta 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 profesional que receta 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 de distribución de costos que se aplica a los medicamentos de Nivel 4 (Medicamentos no preferidos). No puede solicitar una excepción por el monto de distribución de costos que requerimos que pague por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5 se describen 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 de la distribución de costos que le exigimos que pague por el medicamento.
- 3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel más bajo de distribución de costos.**
Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se incluyen en uno de los cinco

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

niveles de distribución de costos. En general, cuanto menor sea el nivel de distribución de costos, menor será la parte que deberá pagar por el costo del medicamento.

- Si nuestra Lista de medicamentos contiene medicamento(s) alternativo(s) para tratar su condición médica que se encuentra(n) en un nivel de distribución de costos menor que su medicamento, nos puede solicitar que cubramos su medicamento al monto de distribución de costos 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 monto de distribución de costos 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 el monto de distribución de costos que se aplica al nivel más bajo 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 la distribución de costos que se aplica al nivel más bajo 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 ningún medicamento ubicado en el Nivel 5: Medicamentos especializados. No se considerarán excepciones para los cambios en la distribución de costos de ningún medicamento en el Nivel 5: Medicamentos especializados ni en ningún medicamento en la lista de medicamentos mejorada que no sea de la Parte D.
- Si aprobamos su pedido para una excepción de nivel y hay más de un nivel de distribución de costos menor con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará la suma menor.

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 profesional que receta 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 profesional que receta cuando solicite la excepción.

Por lo general, en nuestra Lista de medicamentos se 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 nivel, por lo general, *no* aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que ninguno de los medicamentos alternativos en los niveles más bajos de distribución de costos funcione igual de bien para usted o puedan causar una reacción adversa o cualquier otro daño.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Podemos responder afirmativa o negativamente a su solicitud

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

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

Las **decisiones de cobertura estándares** se toman dentro de las **72 horas** de haber recibido la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápidas** 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 una 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 apoyo 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:
 - Explique que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explique que, si su médico u otro profesional que receta solicita la decisión de cobertura rápida, se la comunicaremos automáticamente.
 - Explique cómo puede presentar un reclamo rápido 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.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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 Modelo de Solicitud de Determinación de Cobertura de los CMS* o en el formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web. En el Capítulo 2 se encuentra 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 profesional que receta) o su representante. Usted también puede buscar a un abogado que actúe en su nombre. a 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. u médico u otro profesional que receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Como alternativa, su médico u otro profesional que receta 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.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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.
- **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.

**CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)****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 expeditiva**.

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

Una apelación estándar generalmente se presenta en un plazo de 7 días calendario. Una apelación rápida generalmente se realiza 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 y su médico u otro profesional que receta 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.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro profesional que receta deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una **apelación rápida**.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** En el Capítulo 2 se encuentra la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al 888-970-0917.** En el Capítulo 2 se encuentra la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluidas las solicitudes presentadas en el *Formulario Modelo de Solicitud para la Redeterminación de los CMS*, el cual está disponible en nuestro sitio web, www.carefirst.com/myaccount. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- Puede enviar su solicitud de determinación de cobertura de forma electrónica a través de nuestro portal seguro para miembros, que puede encontrar en el siguiente sitio web: <https://www.carefirst.com/medicare-options/compare-medicare-plans/drug-management-programs.html>.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 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 profesional que receta para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas debemos responderle **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.** Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones donde será revisada por una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación del 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.

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. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación del Nivel 2.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **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.

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 que Medicare **contrata**. 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 debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso 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 realiza una revisión de 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 de revisión **dentro de las 24 horas** después de haber recibido la decisión de la organización.

Para las apelaciones estándar:

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **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:

- Que explique su decisión.
- Que le informe 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 en dólares 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.
- Que le indique 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 (para un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si decide continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibió después de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador se encarga de la apelación de Nivel 3. En la Sección 9 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 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.

**CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

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

- 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 calendario, luego de ser ingresado al hospital, se le dará un aviso por escrito llamado *Mensaje importante de parte 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 realice preguntas 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 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 calendario de antelación a la fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha de alta programada.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- 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 deberán llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

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

Si desea solicitar que extendamos el plazo de cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, 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 Seguros de Salud, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

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

La **Organización de Mejoramiento de 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 a las personas con Medicare. Esto incluye analizar las fechas de alta del hospital de los beneficiarios de Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

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. También puede buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para presentar una apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de irse del hospital y **no después de la medianoche del día de su alta**.
 - Si cumple con este plazo, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha planificada para el alta *sin pagar nada* mientras espera obtener la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si usted *no* cumple con este plazo, comuníquese con nosotros. Si decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, *es posible que deba pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta programada.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización de Mejoramiento de Calidad se comunicará con nosotros. A más tardar al mediodía del día después que nos contacten le daremos un **aviso detallado del 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 del 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 deberán llamar al 1-877-486-2048). También puede ver una muestra del 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 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.
- 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 afirmativa?

- Si la respuesta de la organización de revisión es *afirmativa*, **debemos continuar brindando sus servicios hospitalarios cubiertos como paciente hospitalizado durante el tiempo que 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.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta de la organización de revisión es *negativa*, significa que su fecha programada para el alta es correcta desde el punto de vista médico. Si este es su caso, **nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará** el mediodía del día *después* de que la Organización de Mejoramiento de Calidad le informe la respuesta de su apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que usted tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé 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 Calidad da una respuesta *negativa* a su apelación y usted continúa hospitalizado en el hospital después de la fecha de alta programada, podrá presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron respecto a su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de su estancia después de su fecha programada para el alta.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en el plazo de 60 días calendario** después de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad respondió *negativamente* a su apelación de Nivel 1. Usted puede pedir esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad analizarán de nuevo cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y le comunicarán la decisión.

Si la respuesta de la organización de revisión es positiva:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde del costo de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad denegó su primera apelación. **Debemos seguir proporcionando cobertura para su atención hospitalaria como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y se podrían aplicar limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización de revisión es negativa:

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

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea continuar con su apelación y pasar al Nivel 3.

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

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

Sección 8.1	<i>En esta sección se desarrollan solo tres servicios: Atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF)</i>
--------------------	---

Cuando recibe **servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios)** 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.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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 rápida.** 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** por lo menos dos días calendario 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.

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 Seguros de Salud, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

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

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en 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

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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. También puede buscar 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.
- Si no cumple con este plazo, y desea presentar una apelación, aún tiene los derechos para apelar. Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Actúe rápidamente:

- Para iniciar su apelación, usted debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad **a más tardar al mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor** indicada en el Aviso de no cobertura de Medicare.

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.
- Al final del día en que los revisores nos comuniquen su apelación, usted recibirá la **Explicación detallada de no cobertura**, la cual explica en forma detallada nuestras razones para terminar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: 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 afirmativa?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos continuar brindando los servicios cubiertos mientras estos servicios sean médicamente necesarios.**

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- 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 la respuesta de los revisores es *negativa*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos comunicado**.
- Si usted decide seguir recibiendo los servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha de finalización de su cobertura, entonces **deberá pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

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 integral de rehabilitación 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.

- Debe solicitar esta revisión **en el plazo de 60 días calendario** después de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad respondió *negativamente* 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.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario 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** nuestra parte de los costos 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.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide 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 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 en dólares del producto o servicio médico que apeló alcanza ciertos niveles mínimos, podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el valor en dólares 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.

**CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

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

Apelación de Nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o del abogado mediador con respecto a su apelación es afirmativa, el proceso de apelaciones *podría* o *no* terminar.** A diferencia de una decisión de apelación de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle 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. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa o si el Consejo 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. Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, le 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 rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le informará si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con esta apelación.

**CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

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

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

Sección 9.2 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede aplicar para su caso si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas apelaciones 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 los casos de las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le 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 en un plazo 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 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. 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 en un plazo 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 decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si no quiere aceptar la decisión, es probable que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisar la apelación, en el aviso que recibirá se le informará si las reglas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5. También le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

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

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

PRESENTAR RECLAMOS

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 reclamos?

El proceso de reclamos *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 proceso de reclamos.

Reclamo	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 nuestros Servicios para Miembros u otro personal del plan?

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Reclamo	Ejemplo
	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Los siguientes son algunos ejemplos: esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o en la sala exámenes médicos o esperar demasiado para adquirir un medicamento recetado.
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?
Puntualidad (Estos tipos de reclamos siempre están vinculados con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones).	<p>Si nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, puede hacer un reclamo por nuestra lentitud. A modo de ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos solicitó una <i>decisión de cobertura rápida o una apelación rápida</i>, y le contestamos de forma negativa; puede hacer un reclamo. • Cree que no estamos cumpliendo los plazos de las decisiones de cobertura o de las apelaciones; puede hacer un reclamo. • Cree que no estamos cumpliendo los plazos para cubrir o reembolsar determinados servicios médicos, artículos o medicamentos que fueron aprobados; puede hacer un reclamo. • Cree que no cumplimos los plazos requeridos para remitir su caso a la organización de revisión independiente; puede hacer un reclamo.

Sección 10.2 Cómo hacer un reclamo

Términos legales

- Un **reclamo** también se denomina **queja**.
- **Hacer un reclamo** también se llama **presentar una queja**.
- **Utilizar el proceso para reclamos** también se denomina **utilizar el proceso para presentar una queja**.
- Un **reclamo rápido** también se denomina **queja expeditiva**.

Sección 10.3 Paso a paso: Hacer un reclamo

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 hacer un reclamo por escrito y enviárnoslo.** Si presenta su reclamo por escrito, le responderemos por escrito.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- 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 folleto. A menudo podemos resolver su queja formal durante la llamada. Si no podemos resolver su queja durante la llamada, remitiremos su preocupación para que se haga una investigación más exhaustiva. También puede enviarnos su preocupación por escrito.

Envíe reclamos 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

Debe enviarnos su queja formal verbalmente o por escrito dentro de los 60 días posteriores al evento o incidente. Responderemos a su queja formal dentro de los 30 días calendario.

- **Quejas formales expeditivas:** si tiene una queja formal expeditiva, la cual es una queja sobre lo siguiente:
 - nuestra decisión de solicitar una extensión para una determinación de cobertura o apelación, la cual extendería el plazo 14 días más para proporcionar una decisión; o
 - nuestra decisión de no expedir su solicitud de una determinación de cobertura o apelación; debe llamar a Servicios para Miembros. Las quejas formales expeditivas se revisarán 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 un reclamo es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea reclamar.

Paso 2: Analizamos su reclamo y le damos nuestra respuesta.

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama por un reclamo, podremos darle una respuesta durante el mismo llamado.
- **La mayoría de los reclamos 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 reclamo. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito.
- **Si está haciendo un reclamo porque denegamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le aprobaremos un reclamo rápido.** Si tiene un reclamo rápido, significa que le daremos **una respuesta dentro de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con su reclamo 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.

**CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

Sección 10.4 También puede hacer reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su reclamo se refiere a la *calidad de la atención*, también tiene otras dos opciones:

- **Puede presentar su reclamo 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. En el Capítulo 2 se encuentra la información de contacto.

O

- **Usted puede presentar un reclamo 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 reclamo

Puede presentar un reclamo sobre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo 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 deberán llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

*Finalización de su membresía en el
plan*

CAPÍTULO 10 Finalización de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential puede ser **voluntaria** (su propia decisión) o **involuntaria** (no es su propia decisión):

- Usted podría dejar nuestro plan porque ha decidido que *desea* retirarse. En las Secciones 2 y 3 se proporciona información sobre cómo finalizar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que se nos exige que terminemos su membresía. En la Sección 5 se le explica las situaciones en las que debemos finalizar 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 en 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 conservar su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año siguiente.** 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.
 - —o— Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirle 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 de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** abarca desde el 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan MA, desde el mes de derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho.
- **Durante el Período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage** usted puede hacer lo siguiente:
 - 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 elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare en ese momento.
- Su membresía terminará el primer día del mes después de que se inscriba en un plan de 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 Essential reúnan los requisitos para poner fin a su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

- **Usted puede ser elegible para terminar su membresía durante un Período de inscripción especial** en caso de que se produzca alguna de las siguientes situaciones. Los siguientes son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
 - Usualmente cuando se ha mudado.
 - Si tiene Medicaid.
 - Si reúne los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” (Extra Help) con el fin de pagar sus medicamentos recetados de Medicare.
 - Si violamos nuestro contrato con usted.
 - Si recibe atención en una institución, como un centro de convalecencia o un hospital de atención de largo plazo (LTC).
 - Si usted se inscribe en el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE).

CAPÍTULO 10 Finalización de su membresía en el plan

- **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 averiguar si cumple con los requisitos para un Período de inscripción especial,** llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Si usted reúne los requisitos para poner fin a su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos recetados. Puede elegir entre las siguientes opciones:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - – *o* – 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 posterior a 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 lo 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 hacer lo siguiente:

- **Llamar a Servicios para Miembros.**
- Encuentre la información en el manual *Medicare y usted2025*.
- 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 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">Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare.Se anulará automáticamente su inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare 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 Essential 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 deberán llamar al 1-877-486-2048.Se anulará su inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential 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 servicios y artículos médicos y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Siga utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Siga utilizando las farmacias de la red o de pedido por correo para surtir sus medicamentos recetados.**

CAPÍTULO 10 Finalización de su membresía en el plan

- Si usted está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, la hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta (incluso si se le da el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

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

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential debe finalizar su membresía en el plan si se da alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no cuenta con la Parte A ni con la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- Si le encarcelan (va a prisión).
- Si usted ya no es ciudadano estadounidense o no reside de forma legal 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 nos proporciona información incorrecta de manera intencional cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarle a abandonar nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
- Si continuamente se comporta de manera inapropiada y nos dificulta la tarea de proporcionarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarle a abandonar nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarle a abandonar nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
 - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare puede solicitar al Inspector General que investigue su caso.
- Si tiene que pagar la cantidad extra de la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare le 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 Essential no tiene autorización para pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que se le está pidiendo que abandone nuestro plan por una razón relacionada con la salud, llame a Medicare 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 5.3 Usted tiene derecho a presentar un reclamo 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 un reclamo acerca de nuestra decisión de finalizar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

CAPÍTULO 11 Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso de leyes aplicables

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la ley del Seguro Social y las regulaciones creadas bajo la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que brinden planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible y todas las demás leyes que se apliquen a organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y norma que se aplique por alguna otra razón.

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 un reclamo, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarle.

SECCIÓN 3 Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios 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 (CFR), secciones 422.108 y 423.462, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential, como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría según 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 Essential tiene derechos de subrogación y reembolso. La subrogación requiere que usted le ceda a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential 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 al monto de beneficios pagado por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential por lesiones o enfermedades de las que podría ser responsable un tercero. Al plan se le otorgan los mismos derechos de subrogación y recuperación que están disponibles para el Programa Medicare en virtud de las normas del Pagador secundario de Medicare. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential puede usar cualquier derecho de recuperación que esté disponible para el programa Medicare conforme a 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 un monto; obtener una sentencia favorable o definitiva; obtener un monto 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 implique reclamaciones de automovilistas sin seguro o con seguro insuficiente. Una recuperación no incluye los pagos que se le realizan a usted en virtud de una póliza de protección contra lesiones personales. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential 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 Essential tan pronto como sea razonablemente posible que un tercero puede 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 Essential sean resultado del suceso que dio origen a la causa de acción, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential 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 Essential el monto recuperado por demanda, acuerdo 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 Essential sean resultado del suceso que dio origen a la causa de acción.
- D.** Usted debe proporcionar información y asistencia y firmar los documentos que CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential pueda requerir para facilitar el cumplimiento de estos derechos. Usted no realizará ningún tipo de acción que perjudique los derechos e intereses de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential.

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 Essential puede reducirse de la siguiente manera:
- 1.** dividiendo el monto total de la recuperación por lesiones personales entre el monto total de los honorarios del abogado en los que haya incurrido la persona lesionada por los servicios prestados en relación con la reclamación; y
 - 2.** multiplicando el resultado por el monto de la reclamación de subrogación de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential. Este porcentaje no puede exceder un tercio (1/3) de la reclamación de subrogación de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential.
- F.** A pedido por escrito por parte de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential, si usted o su abogado exigen una reducción de la reclamación de subrogación, deberán entregar a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential una certificación en la que se 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.

Periodo 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 de saldo: Cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente una suma mayor al monto de la distribución de costos permitido del plan. Como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential, usted solo tiene que pagar el monto de la distribución de costos 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 la distribución de costos que debe pagar según se establece en su plan.

Período de beneficios: La forma que utilizan 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 finaliza 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 período de beneficios, comienza un nuevo período 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 hospitalizado. El período de beneficios finaliza cuando se le da el alta del hospital. Si ingresa en un hospital como paciente hospitalizado 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 medicamentos biosimilares. (Ver también “**Producto biológico original**” y “**Medicamento biosimilar**”).

Medicamento biosimilar: Un medicamento recetado que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los medicamentos biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos medicamentos biosimilares se sustituyeron al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (Ver “**Medicamento biosimilar intercambiable**”).

Medicamento de marca: Un medicamento recetado fabricado y comercializado por la compañía farmacéutica que realizó el trabajo de investigación y desarrollo original del medicamento. Los medicamentos de marca poseen la misma fórmula del ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y comercializados por

CAPÍTULO 12 Definiciones de términos importantes

otros fabricantes de medicamentos y, generalmente, solo están disponibles cuando la patente del medicamento de marca ha vencido.

Etapas de cobertura en caso de catástrofe: La etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) han gastado \$2,000 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año cubierto.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal que administra Medicare.

Plan de necesidades especiales para condiciones crónicas: 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: Monto que se le puede exigir que pague, expresado en forma de porcentaje (por ejemplo, el 20%), como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados.

Monto máximo de gastos de bolsillo combinado: Este es el monto máximo que usted pagará en un año por todos los servicios de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Reclamo: El nombre formal para presentar un reclamo es **presentar una queja formal**. El proceso para presentar reclamos *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 reclamos si su plan no cumple con los tiempos designados en el proceso de apelación.

Centro integral de rehabilitación 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.

Distribución de costos: La distribución de costos se refiere a las sumas que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. La distribución de costos incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier deducible que un plan puede imponer antes de cubrir servicios o medicamentos; (2) cualquier suma fija de “copago” que un plan exige para recibir servicios o medicamentos específicos o (3) 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.

Nivel de distribución de costos: Cada medicamento incluido en la lista de medicamentos cubiertos se clasifica en uno de los cinco niveles de distribución de costos. En general, cuanto más alto es el nivel de distribución de costos, mayor es su costo por el medicamento.

CAPÍTULO 12 Definiciones de términos importantes

Determinación de cobertura: Una decisión del plan para cubrir un medicamento recetado y la suma, si corresponde, que usted debe pagar por la receta médica. En general, si lleva su receta médica a una farmacia y la farmacia le informa que el medicamento recetado no está cubierto por su plan, no estamos frente a una determinación de cobertura. Debe llamar o enviar una carta a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura**.

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

Servicios cubiertos: El término que usamos en esta EOC para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

Cobertura de medicamentos recetados acreditable: Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que 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 son cuidados personales brindados en una residencia para ancianos, centro de cuidados paliativos u otra instalación, cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. 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 cuidados relacionados con la salud que la mayoría de las personas hace por su cuenta como, por ejemplo, utilizar gotas para los ojos. Medicare no cubre la atención de custodia.

Tasa de distribución de costos diaria: Una tasa de distribución de costos diaria 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 distribución de costos diaria 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 distribución de costos diaria es de \$1 por día.

Deducible: La suma que debe pagar por atención médica o recetas antes de que nuestro plan pague.

Darse de baja o Cancelar la inscripción: El proceso de cancelar su membresía en el plan.

Tarifa de dispensación: Una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir un medicamento recetado, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y envasar el medicamento recetado.

Planes duales para necesidades especiales (D-SNP): Los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

CAPÍTULO 12 Definiciones de términos importantes

Equipo médico duradero (DME): Ciertos equipos médicos indicados por su médico para fines médicos. Entre los ejemplos se 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, 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 condición médica que empeora rápidamente.

Atención médica de emergencia: La atención de emergencia se refiere a los servicios que tienen las siguientes características: (1) proporcionados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

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

Excepción: Un tipo de 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 un nivel de distribución de costos más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que usted pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y quiere que se retire la restricción de los criterios 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: 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.

Auxiliar 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).

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

CAPÍTULO 12 Definiciones de términos importantes

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.

Hospitalizaciones: 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.

Cantidad de Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (IRMAA): Si su ingreso bruto ajustado modificado según se informó en su declaración de impuestos del IRS hace 2 años es superior a una suma determinada, pagará la suma prima estándar y una Cantidad de Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso, también conocida 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.

Etapas de cobertura inicial: Esta es la etapa antes de que sus costos de desembolso para el año alcancen el monto umbral de desembolso.

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.

Monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red: Es el monto máximo que pagará por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que reciba de proveedores dentro de la red (preferidos). Una vez que haya alcanzado este límite, no tendrá que pagar nada cuando obtenga servicios cubiertos de proveedores dentro de la red durante el resto del año del contrato. Sin embargo, hasta que alcance el monto de gastos de bolsillo combinado, debe continuar pagando su parte de los costos cuando busque atención de un proveedor fuera de la red (no preferido).

Plan institucional para necesidades especiales (SNP): Un plan en el que se inscriben personas que reúnen los requisitos y que residen en forma continua o esperan residir en forma continua durante 90 días o más en un centro de atención de largo plazo (LTC). Estas instalaciones pueden ser un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF) (SNF/ NF), un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidad intelectual (ICF/ IID), un centro de atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados o centros aprobados por CMS que proporcionan servicios de atención médica a largo plazo similares cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid, y cuyos residentes tienen necesidades y estados de salud similares a los otros tipos de centros nombrados. Un Plan institucional para necesidades especiales debe tener una relación contractual con (o poseer y operar) los centros LTC específicos.

Plan institucional equivalente para necesidades especiales (SNP): Un plan en el que se inscriben personas que viven en la comunidad, pero que requieren un nivel de atención institucional según la evaluación del Estado. La evaluación debe realizarse con la misma herramienta de evaluación del nivel de atención del Estado respectiva y deberá realizarla una entidad distinta a la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan para necesidades especiales puede restringir la inscripción a

CAPÍTULO 12 Definiciones de términos importantes

personas que residen en un centro de vida asistida (ALF) contratado si fuera necesario para garantizar la prestación uniforme de la atención especializada.

Medicamento biosimilar intercambiable: Un biosimilar que puede usarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

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).

Programa de Descuento del Fabricante: Un programa según el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos y productos biológicos de marca cubiertos de la Parte D. Los descuentos se realizan según los acuerdos establecidos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos

Medicaid (o Asistencia Médica): 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 medicamento aceptada: Uso de un medicamento que está aprobado por la Food and Drug Administration o respaldado por ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Formulario del American Hospital y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex.

Medicamento necesario: Servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición 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).

Periodo de inscripción abierta en Medicare Advantage: Período desde 1 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 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 compañía 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 Private Fee-for-Service (PFFS) o un iv) Plan Medicare Medical Savings Account (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también

CAPÍTULO 12 Definiciones de términos importantes

puede ser un Plan para Necesidades Especiales (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**.

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 compañía 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/piloto y los Programas de atención para ancianos con todo incluido (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 la Parte A o la Parte B de Medicare.

Póliza de 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 de Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro plan o Miembro del plan): Una persona con 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 medicamentos recetados están cubiertos solo si a usted se les 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 una 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”.

CAPÍTULO 12 Definiciones de términos importantes

Producto biológico original: Un producto biológico que ha sido aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) y sirve como comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se le llama producto de referencia.

Original Medicare (Medicare Tradicional o Medicare de Pago por Servicio): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado como los Planes de 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.

Farmacia fuera de la red: Una 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: Consulte la definición anterior de distribución de costos. El requisito de distribución de costos debido al cual un miembro debe pagar una porción de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de “gastos de bolsillo” del miembro.

Umbral de gastos de bolsillo: El monto máximo que usted paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Plan PACE: Un Plan PACE (Programa de atención para ancianos con todo incluido) combina servicios de atención médica, sociales y a largo plazo para ayudar a que las personas frágiles continúen siendo independientes y viviendo en su comunidad (en lugar de mudarse a una residencia para ancianos) el mayor tiempo posible mientras reciben la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben beneficios de Medicare y de Medicaid a través del plan.

Parte C: Consulte el Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: El Programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Es posible que ofrezcamos 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

CAPÍTULO 12 Definiciones de términos importantes

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 la distribución de costos 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 bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto de gastos de 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 de 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. En lo que respecta a la red de una PPO, 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. En una PPO, no necesita autorización previa para obtener servicios fuera de la red. Sin embargo, le recomendamos que consulte con el plan antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red para confirmar que el servicio esté cubierto por su plan y cuál es su responsabilidad en la distribución de costos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de Beneficios en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Dispositivos 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 para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): 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.

Límites de cantidades: Una herramienta administrativa diseñada para establecer límites al uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites se pueden establecer por la cantidad de medicamento que cubrimos por receta médica o por un período de tiempo específico.

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: Un portal o una aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica del inscrito y de los beneficios. Esto incluye montos de distribución de gastos,

CAPÍTULO 12 Definiciones de términos importantes

medicamentos alternativos del formulario que se pueden usar para la misma condición 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: Entre estos servicios se incluyen la fisioterapia, la terapia del habla y del lenguaje y la 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.

Periodo de inscripción especial: Un lapso durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos a Original Medicare. Entre las situaciones en las que podría ser elegible para un Período de inscripción especial se incluyen las siguientes: si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda Adicional” (Extra Help) 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 de 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 (SSI): Un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas de bajos ingresos y recursos que tienen discapacidades, ceguera o son mayores de 65. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia: Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio de urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o no es razonable, dado su momento, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios requeridos urgentemente son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de enfermedades existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que son médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Servicios para Miembros de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
LLAMADA	833-536-2001 Las llamadas a este número son gratuitas. 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. Servicios para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Este número requiere un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. 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.
FAX	855-215-6947
ESCRIBIR	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage P.O. Box 3236 Scranton, PA 18505
SITIO WEB	www.carefirst.com/myaccount

State Health Insurance Assistance Program (SHIP de Maryland)

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. Este número requiere un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla.
CORREO ELECTRÓNICO	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 de PRA. De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites 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. SUM MA7862-1N (9/20)