

Evidencia de Cobertura

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)
H6067_001_001, H6067_001_002

2021



Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2021

Evidencia de Cobertura:

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

En este cuadernillo se proporciona información detallada acerca de la cobertura de la atención médica y de los medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2021. Se le explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos recetados que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core, es ofrecido por CareFirst Advantage, Inc (que opera bajo el nombre de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage). (En esta *Evidencia de Cobertura*, “nosotros”, “nos” o “nuestro” significa CareFirst Advantage, Inc [que opera bajo el nombre de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage]. Cuando se mencione el “plan” o “nuestro plan”, se refiere a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core).

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros al 855-290-5744. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, de lunes a viernes, desde el 1 de abril al 30 de septiembre.

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

Los beneficios, la prima, el deducible y/o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2022.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

ATENCIÓN: Si habla español, podrá acceder a los servicios de asistencia de idiomas de forma gratuita. Llame al 855-290-5744, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, de lunes a viernes, desde el 1 de abril al 30 de septiembre (TTY: 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, de lunes a viernes, desde el 1 de abril al 30 de septiembre).

H6067_MA7862_C_SPN H6067_001_001, H6067_001_002, File & Use: 10/05/2020

Aprobación OMB 0938-1051 (Vence: 31 de diciembre de 2021)

Índice**Evidencia de Cobertura 2021****Índice**

Esta lista de capítulos y de números de página es su punto de partida. Si desea ayuda adicional para encontrar información que necesita, consulte la primera página de cada capítulo. **Usted encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.**

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro 4

Explica lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo utilizar este cuadernillo. Se habla sobre los materiales que le enviaremos, su prima del plan, la multa por inscripción tardía en la Parte D, su tarjeta de miembro y sobre cómo mantener su registro de miembro actualizado.

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes 24

Explica cómo comunicarse con nuestro plan (CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core) y con otras organizaciones, incluidas Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP), la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro médico para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados y la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos 44

En este capítulo se explican temas importantes que usted debe saber acerca de cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan. Entre los temas se incluyen el uso de proveedores de la red del plan y cómo obtener atención si tiene una emergencia.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) 62

Se proporcionan los detalles acerca de qué tipos de atención médica están cubiertos y qué tipos *no* están cubiertos para los miembros de nuestro plan. Explica cuánto pagará por la parte que le corresponde del costo de su atención médica cubierta.

Índice

- Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D 110**
- Explica las reglas que usted debe seguir cuando obtenga sus medicamentos de la Parte D. Indica cómo usar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para saber qué medicamentos están cubiertos. Indica qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de determinados medicamentos. Explica dónde puede surtir sus medicamentos recetados. Habla sobre los programas del plan relacionados con la seguridad y el manejo de los medicamentos.
- Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D 137**
- Describe las tres etapas de la cobertura de medicamentos (Etapas de cobertura inicial, Etapa sin cobertura, Etapa de cobertura en caso de catástrofe) y cómo estas etapas afectan lo que usted paga por sus medicamentos. Explica los cinco niveles de distribución de costos para sus medicamentos de la Parte D y le indica lo que debe pagar por un medicamento en cada nivel de distribución de costos.
- Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos 156**
- Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desee solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de sus medicamentos o servicios cubiertos.
- Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 164**
- Explica los derechos y las responsabilidades que usted tiene como miembro de nuestro plan. Indica lo que puede hacer si usted considera que no se están respetando sus derechos.

Índice

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 185

Le indica paso a paso qué hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

- Se explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si usted está teniendo problemas para recibir la atención médica o los medicamentos recetados que cree que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitarnos que hagamos excepciones a las reglas o restricciones adicionales sobre su cobertura de medicamentos recetados y solicitarnos que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si usted considera que su cobertura está terminando demasiado pronto.
- Se explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras preocupaciones.

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan 245

Explica cuándo y cómo puede usted dar por finalizada su membresía en el plan. Explica las situaciones en las que nuestro plan está obligado a dar por finalizada su membresía.

Capítulo 11. Avisos legales 255

Incluye avisos sobre las leyes vigentes y la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes 260

Explica los términos clave que se usan en este cuadernillo.

CAPÍTULO 1

Cómo comenzar como miembro

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro**Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro**

SECCIÓN 1	Introducción	7
Sección 1.1	Usted está inscrito en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core, que es un plan Medicare HMO	7
Sección 1.2	¿Sobre qué trata el cuadernillo de <i>Evidencia de Cobertura</i> ?	7
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de Cobertura</i>	7
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos debe reunir para ser miembro del plan?	8
Sección 2.1	Requisitos de elegibilidad	8
Sección 2.2	¿Qué es la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare?	8
Sección 2.3	Este es el área de servicio del plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core	9
Sección 2.4	Ciudadano estadounidense o persona con presencia legal en los Estados Unidos	9
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?	9
Sección 3.1	Su tarjeta de membresía del plan: Úsela para obtener toda la atención y los medicamentos recetados cubiertos	9
Sección 3.2	El <i>Directorio de proveedores</i> : Su guía para encontrar a todos los proveedores de la red del plan	10
Sección 3.3	El <i>Directorio de farmacias</i> : Su guía de las farmacias en nuestra red	11
Sección 3.4	La Lista de medicamentos cubiertos del plan (<i>Formulario</i>)	11
Sección 3.5	La <i>Explicación de Beneficios de la Parte D</i> (“EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D	12
SECCIÓN 4	Su prima mensual de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core	12
Sección 4.1	¿Cuánto paga por la prima de su plan?	12
SECCIÓN 5	¿Tiene que pagar la “multa por inscripción tardía” en la Parte D?	14
Sección 5.1	¿Qué es la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?	14
Sección 5.2	¿Cuál es el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D?	14
Sección 5.3	En algunos casos, puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa	15
Sección 5.4	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D?	16

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

SECCIÓN 6	¿Tiene que pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos?	16
Sección 6.1	¿Quién debe pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos?	16
Sección 6.2	¿De cuánto es el monto adicional de la Parte D?	17
Sección 6.3	¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con el pago del monto adicional de la Parte D?	17
Sección 6.4	¿Qué sucede si no paga el monto adicional de la Parte D?	17
SECCIÓN 7	Más información sobre su prima mensual	17
Sección 7.1	Existen diversas maneras de pagar la prima del plan	18
Sección 7.2	¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?	20
SECCIÓN 8	Mantenga actualizado el registro de su membresía del plan	20
Sección 8.1	Cómo ayudar para asegurarse de que tengamos información precisa sobre usted	20
SECCIÓN 9	Protegemos la privacidad de su información personal de salud	21
Sección 9.1	Nos aseguramos de proteger su información de salud	21
SECCIÓN 10	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	22
Sección 10.1	¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?	22

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro**SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Usted está inscrito en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core, que es un plan Medicare HMO**

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

Hay diferentes tipos de planes de salud de Medicare. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core es un plan Medicare Advantage HMO aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada. HMO son las siglas en inglés de Health Maintenance Organization (Organización para el Mantenimiento de la Salud).

La cobertura bajo este plan se considera una Cobertura de salud calificada (QHC, por sus siglas en inglés) 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, por sus siglas en inglés) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿Sobre qué trata el cuadernillo de Evidencia de Cobertura?

Este cuadernillo de *Evidencia de Cobertura* le informa qué debe hacer para recibir atención médica y cobertura de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan. Este cuadernillo le explica sus derechos y responsabilidades, cuáles son los servicios cubiertos y cuánto paga como miembro del plan.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención médica, a los servicios médicos y a los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core.

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

Si está confundido o si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con Servicios para Miembros de nuestro plan (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).

Sección 1.3 Información legal sobre la Evidencia de Cobertura**Forma parte de nuestro contrato con usted**

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

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

El contrato tiene vigencia durante los meses en que esté inscrito en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core entre el 1 de enero de 2021 y el 31 de diciembre de 2021.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core después del 31 de diciembre de 2021. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2021.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid [Centers for Medicare & Medicaid Services]) debe aprobar el plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core todos los años. Usted puede continuar recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre queelijamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

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

- Usted tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 brinda información sobre la Parte A y la Parte B de Medicare)
- -- y -- viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 describe nuestra área de servicio)
- -- y -- sea ciudadano estadounidense o esté legalmente autorizado para estar en los Estados Unidos

Sección 2.2 ¿Qué es la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare?

Cuando usted se inscribió por primera vez en Medicare, recibió información acerca de qué servicios están cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare. Recuerde:

- Por lo general, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir los servicios brindados por instituciones hospitalarias (para pacientes internados, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (como servicios de médicos, terapia de infusión a domicilio y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (como equipo médico duradero [durable medical equipment, DME] y suministros).

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

Sección 2.3 Este es el área de servicio del plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core

Aunque Medicare es un programa federal, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core solo está disponible para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

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

Si planea mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo). Cuando se mude, tendrá un Periodo de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.4 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 Core si usted no cumple con los requisitos para seguir siendo miembro en función de este requisito. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core debe anular su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan: Úsela para obtener toda la atención y los medicamentos recetados cubiertos

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía siempre que reciba cualquier servicio cubierto por este plan y para los medicamentos recetados que obtenga en 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:

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

Member Information		CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	
Member Name	L. L. Smith	PCP Office Visit:	\$00
Member ID Number	MAC 999999999	Specialist Office Visit:	\$00
Group Number	99-9999X	Urgent Care Center Visit:	\$00
Effective Date	01/01/2021	Emergency Room Visit:	\$00
BC/BS Plan Codes	193	RxBIN	004336
Issuer	(80840)	RxPCN	MEDDADV
PCP Provider Name		RxGRP	RX8181
			CMS-H6067-999



www.carefirst.com/medicare



CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)		Member Self Service	
Medical Claim Submission Address for CareFirst Medicare Area Providers	PO Box 4495 Scranton, PA 18505	Member Services:	1-855-290-5744
Rx Claims Submission Address	CareFirst Medicare PO Box 52000 Phoenix, AZ 85072-2000	Pharmacy Services:	1-888-970-0917
Dental Claims Submission Address	CareFirst Medicare Dental Claims PO Box 14115 Lexington, KY 40512	Medical Emergency:	911
Please reference member self-service for Vision and Hearing Aid Claims submission(s)		TTY/TDD:	711
		24/7 Nurse Line:	1-833-968-1773
		Medical Professional & Hospital Providers:	
		Toll-free Precertification:	1-866-773-2884
		File claims with local Blue Cross and/or Blue Shield Plan	
		PROVIDERS MUST NOT BILL MEDICARE.	
		MA HMO products provided by CareFirst Advantage, Inc., an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. The member only has coverage for urgent and emergent care and renal dialysis outside of CareFirst Inc. Service area.	

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is the business name of CareFirst Advantage, Inc., an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS, BLUE SHIELD and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

Pharmacy services provided by CVS Caremark.

Mientras sea miembro de este plan, NO utilice su tarjeta de color rojo, blanco y azul de Medicare para recibir servicios médicos cubiertos. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core, 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 mostrar su tarjeta si necesita servicios hospitalarios, servicios para enfermos terminales o si necesita participar en estudios de investigación de rutina.

A continuación, le explicamos por qué esto es tan importante: Si, mientras es miembro del plan, utiliza su tarjeta de color rojo, blanco y azul de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core para recibir servicios con cobertura, es posible que usted deba pagar el costo total.

Si su 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. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros figuran en el dorso de este cuadernillo).

Sección 3.2 El Directorio de proveedores: Su guía para encontrar a todos los proveedores de la red del plan

En el *Directorio de proveedores* se enumeran los proveedores de nuestra red y los proveedores de equipo médico duradero.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier distribución de costos del plan como pago total. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores proporcionen servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.carefirst.com/medicare.

¿Por qué necesita saber cuáles son los proveedores que forman parte de nuestra red?

Es importante saber cuáles son los proveedores que forman parte de nuestra red porque, salvo pocas excepciones, mientras usted sea miembro de nuestro plan debe usar proveedores de la red para

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

obtener servicios y atención médica. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios médicos que se necesitan con urgencia cuando la red no está disponible (por lo general, cuando se encuentra fuera del área), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en que CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica sobre cobertura en caso de emergencias, fuera de la red o fuera del área de servicio.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo). Si desea obtener más información acerca de los proveedores de nuestra red, incluidas sus calificaciones, comuníquese con Servicios para Miembros. También puede consultar el *Directorio de proveedores* en www.carefirst.com/medicare. Tanto Servicios para Miembros como el sitio web pueden proporcionarle la información más actualizada sobre cambios en los proveedores de nuestra red.

Sección 3.3 El Directorio de farmacias: Su guía de las farmacias en nuestra red

¿Qué son las “farmacias de la red”?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han aceptado surtir medicamentos recetados cubiertos a los miembros de nuestro plan.

¿Por qué es necesario que se informe sobre las farmacias de la red?

Usted puede utilizar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. En nuestro sitio web se encuentra un Directorio de farmacias actualizado en www.carefirst.com/medicare. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias por correo postal. **Revise el Directorio de farmacias de 2021 para conocer las farmacias que están en nuestra red.**

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo). En cualquier momento, puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.carefirst.com/medicare.

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

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

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

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

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

Sección 3.5 La <i>Explicación de Beneficios de la Parte D</i> (“EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarlo a comprender y llevar un registro de los pagos por sus medicamentos recetados de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de Beneficios de la Parte D* (o “EOB de la Parte D”).

En la *Explicación de Beneficios de la Parte D* se le informa el monto total que usted, u otros en su nombre, han gastado en sus medicamentos recetados de la Parte D y el monto total que hemos pagado por cada medicamento recetado de la Parte D durante el mes. En la EOB de la Parte D se proporciona más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos en el precio y otros medicamentos con una menor distribución de costos que puedan estar disponibles. Usted debe consultar al profesional que receta sobre estas opciones de menor costo. En el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) se brinda más información sobre la *Explicación de Beneficios de la Parte D* y cómo esta puede ayudarlo a llevar el control de la cobertura de sus medicamentos.

Un resumen de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* también se encuentra disponible previa solicitud. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).

SECCIÓN 4 Su prima mensual de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core

Sección 4.1 ¿Cuánto paga por la prima de su plan?

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual. Para 2021, la prima mensual de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core es de \$35. Además, usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero la pague por usted).

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

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

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

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

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

En algunas circunstancias, la prima de su plan podría ser mayor que el monto detallado anteriormente en la Sección 4.1. Estas situaciones se describen a continuación.

- Algunos miembros están obligados a pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D debido a que no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando por primera vez reunieron los requisitos o debido a que permanecieron durante un período continuo de 63 días o más sin cobertura “acreditable” de medicamentos recetados. (“Acreditable” significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a la prima mensual del plan. El monto de la prima será la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.
 - Si usted debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo haya estado sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. En la Sección 5 del Capítulo 1 se explica la multa por inscripción tardía de la Parte D.
 - Si usted tiene una multa por inscripción tardía de la Parte D y no la paga, su inscripción en el plan podría anularse.
- Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos de la Parte D, o IRMAA, debido a que hace 2 años tuvieron en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) un ingreso bruto ajustado modificado por encima de un monto determinado. Los miembros sujetos a un IRMAA tendrán que pagar el monto de la prima estándar y este cargo adicional, que se agregará a su prima. En la Sección 6 del Capítulo 1 se explica el IRMAA con más detalle.

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro**SECCIÓN 5 ¿Tiene que pagar la “multa por inscripción tardía” en la Parte D?****Sección 5.1 ¿Qué es la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?**

Nota: Si recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía es un monto que se agrega a su prima de la Parte D. Es posible que usted deba una multa por inscripción tardía en la Parte D si, en cualquier momento después de que finalizó su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días seguidos o más en los que no tuvo cobertura de la Parte D ni ninguna otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. Una “cobertura acreditable de medicamentos recetados” es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, pues se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo haya estado sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. Deberá pagar esta multa durante el tiempo que tenga cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. Cuando se inscriba por primera vez en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core, le informaremos el monto de la multa.

Su multa por inscripción tardía de la Parte D se considera parte de la prima de su plan. Si usted no paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos recetados por no pagar la prima de su plan.

Sección 5.2 ¿Cuál es el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D?

Medicare determina el monto de la multa. Así es como funciona:

- Primero cuente el número de meses completos que se retrasó con la inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, después de haber adquirido elegibilidad para inscribirse. O cuente el número de meses completos en los cuales no tuvo cobertura acreditable de medicamentos recetados, si la interrupción en la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será de 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en la nación del año anterior. Para 2021, el monto promedio de la prima es de \$33.06.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima mensual promedio y, luego, redondee a los 10 céntimos más cercanos. En este ejemplo sería 14% por \$33.06, lo que equivale a \$4.6284. Este monto se redondea a \$4.60. Esta cantidad se sumaría **a la prima mensual de una persona con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

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

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

Sección 5.3 En algunos casos, puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa

Aunque se haya demorado en inscribirse en un plan que ofrece cobertura de la Parte D de Medicare en el momento en que reunía los requisitos por primera vez, en algunos casos no tendrá que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D.

Usted no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía si se encuentra en cualquiera de estas situaciones:

- Si ya tiene una cobertura de medicamentos recetados que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Medicare le llama a esto “**cobertura acreditable de medicamentos**”. Tenga en cuenta lo siguiente:
 - La cobertura acreditable podría incluir la cobertura de medicamentos de un sindicato o empleador previo, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su asegurador o su departamento de recursos humanos le indicarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información puede enviarse en una carta o incluirse en un boletín del plan. Guarde esta información, ya que es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare en el futuro.
 - Tenga en cuenta lo siguiente: Si recibe un “certificado de cobertura acreditable” cuando su cobertura de salud termina, no necesariamente significa que su cobertura de medicamentos recetados era acreditable. El aviso debe decir que usted tenía cobertura “acreditable” de medicamentos recetados que se esperaba que pagara tanto como paga el plan estándar de medicamentos recetados de Medicare.
 - Las siguientes *no* son coberturas acreditables de medicamentos recetados: tarjetas de descuento de medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuento en medicamentos.

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

- Para obtener información adicional sobre la cobertura acreditable, consulte su manual *Medicare y Usted 2021* o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si estuvo sin cobertura acreditable, pero no la tuvo por menos de 63 días consecutivos.
- Si recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare.

Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D?

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión de la decisión sobre esta. Generalmente, usted debe solicitar esta revisión **dentro de un plazo de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió, en la cual se indica que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si usted estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía. Llame a Servicios para Miembros para averiguar más sobre cómo hacer esto (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).

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 6 ¿Tiene que pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos?

Sección 6.1 ¿Quién debe pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos?

Si su ingreso bruto ajustado modificado, reportado en su declaración de impuestos del IRS (Servicio de Impuestos Internos) de hace 2 años, supera un monto determinado, usted pagará el monto de la prima estándar y un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima.

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 y cómo debe pagarlo. 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.**

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

Sección 6.2 ¿De cuánto es el monto adicional de la Parte D?

Si su ingreso bruto ajustado modificado (Modified Adjusted Gross Income, MAGI), reportado en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS), supera un monto determinado, usted deberá pagar un monto adicional además de la prima mensual del plan. Para obtener más información sobre el monto adicional que pudiera tener que pagar en función de sus ingresos, visite www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con el pago del monto adicional de la Parte D?

Si no está de acuerdo con pagar un monto adicional debido a sus ingresos, 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 6.4 ¿Qué sucede si no paga el monto adicional de la Parte D?

El monto adicional se paga directamente al gobierno (no al plan de Medicare) por la cobertura de la Parte D de Medicare. Si la ley le exige a usted que pague el monto adicional y no lo hace, se anulará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó anteriormente en la Sección 2, para poder reunir los requisitos para inscribirse en nuestro plan, usted debe tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan (aquellos que no reúnen los requisitos para la Parte A sin prima) pagan una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan paga una prima por la Parte B de Medicare. **Usted debe seguir pagando sus primas de Medicare para continuar siendo miembro del plan.**

Si su ingreso bruto ajustado modificado, reportado en su declaración de impuestos del IRS (Servicio de Impuestos Internos) de hace 2 años, supera un monto determinado, usted pagará el monto de la prima estándar y un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima.

- **Si usted está obligado a pagar el monto adicional y no lo paga, se anulará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**
- 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.

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

- Si desea obtener más información sobre las primas de la Parte D en función de los ingresos, consulte la Sección 6 del Capítulo 1 de este cuadernillo. También puede visitar el sitio web www.medicare.gov o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia del manual *Medicare y Usted 2021* incluye información sobre las primas de Medicare en la sección titulada “Costos de Medicare de 2021”. Allí se explica cómo varían las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare para las personas que tienen distintos ingresos. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* todos los años en otoño. Los que son nuevos en Medicare la reciben a más tardar un mes después de haberse inscrito por primera vez. También puede descargar una copia de *Medicare y usted 2021* del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede pedir una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.1 Existen diversas maneras de pagar la prima del plan

Existen tres maneras de pagar la prima de su plan. Pagará con cheque (Opción 1), a menos que nos indique que desea que su prima se deduzca automáticamente de una cuenta corriente o cuenta de ahorros (Opción 2) o de su cheque del Seguro Social (Opción 3). Para inscribirse en la Opción 2 o 3, o para cambiar su elección en cualquier momento, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).

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

Opción 1: Usted puede pagar con cheque

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

Su prima se puede pagar con cheque. Su cheque debe hacerse a nombre de CareFirst Advantage (no a nombre de CMS ni HHS) y debe enviarse a la siguiente dirección. Si su cheque es rechazado por fondos insuficientes, es posible que le cobremos una tarifa de no más de \$14, independiente de cualquier tarifa que su banco pueda cobrar por fondos insuficientes.

Payment Administrator

P.O. Box 783757

Philadelphia, PA 19178-3757

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

Opción 2: Usted puede habilitar un débito automático en su cuenta corriente o cuenta de ahorros

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

Puede elegir que su prima se debite automáticamente de una cuenta corriente o cuenta de ahorros, a través de una transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT). Los formularios EFT se pueden obtener en nuestro sitio web en www.carefirst.com/medicare o a través de Servicios para Miembros. Complete y firme el formulario y envíenoslo por correo postal a la siguiente dirección: CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage, P.O. Box 3236, Scranton, PA 18505.

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

Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de EFT, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).

Opción 3: Usted puede elegir que se deduzca la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social

Usted puede elegir que se deduzca la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información acerca de cómo pagar la prima del plan de esta manera. Con gusto lo ayudaremos a establecer esta opción de pago. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros figuran en el dorso de este cuadernillo).

Qué hacer si tiene problemas para pagar la prima del plan

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

Si tiene problemas para pagar la prima a tiempo, comuníquese con Servicios para Miembros para ver si le podemos recomendar programas que lo ayuden con la prima del plan. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros figuran en el dorso de este cuadernillo).

Si finalizamos su membresía porque no pagó su prima, usted tendrá cobertura de salud de Original Medicare.

Si finalizamos su membresía con el plan porque no pagó la prima del plan, es posible que no pueda recibir cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. Durante el período anual de inscripción abierta de Medicare, usted puede inscribirse en un plan independiente de medicamentos recetados o en un plan de salud que también proporcione cobertura de medicamentos. (Si permanece sin cobertura “acreditable” de

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

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

En la fecha en que demos por finalizada su membresía, es posible que usted aún nos deba las primas que no pagó. Tenemos derecho a cobrar las primas que 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 considera que hemos finalizado su membresía injustamente, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una queja. En la Sección 10 del Capítulo 9 de este cuadernillo se describe cómo presentar una queja. Si tuvo una circunstancia de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar su prima del plan dentro de nuestro período de gracia, puede solicitarnos que reconsideremos esta decisión llamando al 855-290-5744 de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, de lunes a viernes, desde el 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar su solicitud dentro de los 60 días después de la fecha en que finaliza su membresía.

Sección 7.2 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

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

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

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado el registro de su membresía del plan

Sección 8.1 Cómo ayudar para asegurarse de que tengamos información precisa sobre usted

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

Los médicos, los hospitales, los farmacéuticos y otros proveedores dentro de la red del plan necesitan tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de**

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

distribución de costos para usted. Debido a esto, 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 tenga (tal como del empleador, el empleador de su cónyuge, compensación a los trabajadores o Medicaid)
- Si tiene algún reclamo por responsabilidad civil, como un reclamo por un accidente automovilístico
- Si lo han ingresado en un hogar de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencia fuera del área o fuera de la red
- Si la parte responsable designada (tal como un encargado del cuidado) cambia
- Si está participando en un estudio de investigación clínica

Llame a Servicios para Miembros para informarnos sobre cualquier cambio en esta información (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).

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

Lea la información que le enviamos sobre cualquier otra cobertura de seguro que tenga

Medicare nos exige que reunamos información de parte suya sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios que tiene con nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Una vez por año, le enviaremos una carta que enumere cualquier otra cobertura médica o de medicamentos de la que tengamos conocimiento. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información personal de salud

Sección 9.1 Nos aseguramos de proteger su información de salud

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de sus historias clínicas y de su información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo exigen estas leyes.

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

Si desea más información acerca de cómo protegemos su información personal de salud, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 8 de este cuadernillo.

SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?

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

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

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

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

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

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

Si usted tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas acerca de quién paga primero o si necesita actualizar la información de su otro seguro, llame a Servicios para

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo). Es posible que usted tenga que proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otros aseguradores (cuando haya confirmado la identidad de estos) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

Recursos y números de teléfono importantes

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

SECCIÓN 1	Contactos de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios para Miembros del plan)	26
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	33
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	35
SECCIÓN 4	Organización para el Mejoramiento de la Calidad (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare)	35
SECCIÓN 5	Seguro Social	36
SECCIÓN 6	Medicaid (un programa conjunto federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos)	37
SECCIÓN 7	Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados	38
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios	42
SECCIÓN 9	¿Tiene un “seguro colectivo” u otro seguro médico de un empleador?	43

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes**SECCIÓN 1 Contactos de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core**

(cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios para Miembros del plan)

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 Core. Será un gusto ayudarlo.

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
LLAME AL	855-290-5744 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, de lunes a viernes, desde el 1 de abril al 30 de septiembre. Servicios para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, de lunes a viernes, desde el 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	855-215-6947
ESCRIBA A	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage P.O. Box 3236 Scranton, PA 18505
SITIO WEB	www.carefirst.com/medicare

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.

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

Método	Servicios para Miembros para medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, 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 equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.
FAX	855-633-7673
SITIO WEB	www.carefirst.com/medicare

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicite una decisión de cobertura 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. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta acerca de nuestro proceso para decisiones de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura de atención médica: información de contacto
LLAME AL	855-290-5744 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, de lunes a viernes, desde el 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, de lunes a viernes, desde el 1 de abril al 30 de septiembre.

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

Método	Decisiones de cobertura de atención médica: información de contacto
FAX	<p>Servicios para pacientes internados: 443-753-2341</p> <p>Servicios para pacientes ambulatorios: 443-753-2342</p> <p>Servicios de atención en el hogar y Equipo médico duradero: 443-753-2343</p> <p>Terapias para pacientes ambulatorios: terapia física, ocupacional y del habla y lenguaje: 443-753-2346</p> <p>Salud conductual y abuso de sustancias: 443-753-2347</p>
ESCRIBA A	<p>CareFirst BlueCross BlueShield Preservice Review Department CareFirst BlueCross BlueShield 1501 S. Clinton Street 8th Floor Cube 18001 Baltimore, MD 21224</p> <p>Correo electrónico: Servicios para pacientes internados: MAInpatient@carefirst.com Servicios para pacientes ambulatorios: MAOutpatient@carefirst.com Servicios de atención en el hogar y Equipo médico duradero: MAHC-DME@carefirst.com Terapias para pacientes ambulatorios: terapia física, ocupacional y del habla y lenguaje: MAOPAP@carefirst.com Salud conductual y abuso de sustancias: MABH@carefirst.com</p>

Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Apelaciones de atención médica: información de contacto
LLAME AL	<p>855-290-5744</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, de lunes a viernes, desde el 1 de abril al 30 de septiembre.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y</p>

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

Método	Apelaciones de atención médica: información de contacto
	de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, de lunes a viernes, desde el 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	Apelaciones de pagos de servicios médicos: 443-753-2298 Apelaciones clínicas expeditas: 410-605-2566
ESCRIBA A	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Clinical Appeals and Analysis P.O. Box 17636 Baltimore, MD 21298-9375

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

Usted puede presentar una queja acerca de nosotros o de uno de los proveedores de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no tiene que ver con disputas de cobertura o pago. (Si su problema está relacionado con un pago o con la cobertura del plan, debe consultar la sección anterior acerca de cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre atención médica: información de contacto
LLAME AL	855-290-5744 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, de lunes a viernes, desde el 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.
FAX	443-753-2298
ESCRIBA A	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Appeals and Grievances P.O. Box 3626 Scranton, PA 18505
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core directamente a Medicare. Para presentar una queja en

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

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

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicite una decisión de cobertura sobre los medicamentos recetados de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus medicamentos recetados cubiertos bajo los beneficios de la Parte D incluidos en su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura de sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

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

Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

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

Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una queja por sus medicamentos recetados de la Parte D

Usted puede presentar una queja acerca de nosotros o de una de las farmacias de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de la atención. Este tipo de queja no tiene que ver con disputas de cobertura o pago. (Si su problema está relacionado con un pago o con la cobertura del plan, debe consultar la sección anterior acerca de cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas de medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	888-970-0917 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.
FAX	855-633-7673

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

Método	Quejas de medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
ESCRIBA A	Grievance Department P.O. Box 30016 Pittsburgh, PA 15222-0330
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

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

Para obtener más información sobre situaciones en las que puede necesitar solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió de un proveedor, consulte el 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 nos envía una solicitud de pago y denegamos alguna parte de su solicitud, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) para obtener más información.

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
LLAME AL	855-290-5744 De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, de lunes a viernes, desde el 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, de lunes a viernes, desde el 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	855-215-6947
ESCRIBA A	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Claims P.O. Box 4495 Scranton, PA 18505
SITIO WEB	www.carefirst.com/medicare

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

Método	Solicitudes de pago para medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	888-970-0917 Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.
FAX	855-633-7673
ESCRIBA A	CVS Caremark Medicare Part D Claims Processing P.O. Box 52000 Phoenix, AZ 85072-2000
SITIO WEB	www.carefirst.com/medicare

SECCIÓN 2 Medicare

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

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

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

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o al 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

Método	Medicare: información de contacto
	<p>Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
SITIO WEB	<p>www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. También tiene información de hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye cuadernillos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también dispone de información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción a través de las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herramienta de elegibilidad para Medicare: Proporciona información del estado de elegibilidad para Medicare. • Buscador de planes Medicare: Provee información personalizada acerca de planes disponibles de medicamentos recetados de Medicare, planes médicos de Medicare y pólizas Medigap (seguro suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proporcionan un <i>cálculo</i> de lo que podrían ser sus gastos de bolsillo en los distintos planes de Medicare. <p>También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare se toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. <p>Si no tiene una computadora, su biblioteca local o el centro para el adulto mayor lo pueden ayudar para que visite este sitio web por medio de las computadoras que tienen allí. O puede llamar a Medicare para indicarles qué información está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán a usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

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

El State Health Insurance Assistance Program es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a personas con Medicare.

Los asesores de State Health Insurance Assistance Program pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, ayudarlo a presentar quejas acerca de su atención o tratamiento médico, y ayudarlo a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de State Health Insurance Assistance Program también pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de planes.

Método	State Health Insurance Assistance Program (Maryland SHIP)
LLAME AL	410-767-1100 or 800-243-3425
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	State Health Insurance Assistance Program Maryland Department of Aging 301 West Preston Street Baltimore, MD 21201
SITIO WEB	https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare)

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

Livanta cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que son pagados por el gobierno federal. Medicare paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Livanta es una Organización de Revisión Independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Usted debe comunicarse con Livanta en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja acerca de la calidad de la atención médica que ha recibido.
- Considera que la cobertura de su estancia en el hospital termina demasiado pronto.
- Considera que la cobertura de los servicios de atención médica a domicilio, atención de un centro de enfermería especializada o de un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) termina demasiado pronto.

Método	Livanta (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Maryland)
LLAME AL	888-396-4646 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 7:00 p. m. De sábado a domingo, de 11:00 a. m. a 3:00 p. m.
TTY	888-985-2660 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	Livanta BFCC-QIO 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y encargarse de la inscripción en Medicare. 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. El Seguro Social se encarga del proceso de inscripción 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.

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

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

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	<p>1-800-772-1213</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.</p> <p>Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y resolver algunos asuntos las 24 horas del día.</p>
TTY	<p>1-800-325-0778</p> <p>Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.</p>
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

(un programa conjunto federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos)

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

Además, existen programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar los costos de Medicare, tales como las primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorros de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otras distribuciones de costos (por ejemplo, deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con Bajo Ingreso Especificado (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

- **Persona Calificada (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas Calificadas Discapacitadas y Que Están Trabajando (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con Maryland Department of Health.

Método	Maryland Department of Health: información de contacto
LLAME AL	410-767-6500 or 877-463-3464 De lunes a viernes, 8:30 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	800-735-2258 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	Maryland Department of Health 201 West Preston Street Baltimore, MD 21201
SITIO WEB	https://mmcp.health.maryland.gov

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

Programa “Extra Help” de Medicare

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.

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden reunir los requisitos para el programa de “Ayuda Adicional” (Extra Help). Algunas personas califican automáticamente para obtener “Ayuda Adicional” (Extra Help) y no necesitan solicitarla. Medicare les envía una carta a las personas que automáticamente reúnen los requisitos para participar del programa.

Es posible que pueda obtener “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar los costos y las primas de los medicamentos recetados. Para verificar si califica para obtener “Ayuda Adicional” (Extra Help), llame a:

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

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

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

Si 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 ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para obtener la evidencia de su nivel de copago apropiado o, si ya tiene la evidencia, entregárnosla.

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

Fax: 855-215-6946

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

- **Nota:** Hasta que Medicare actualice sus registros, es posible que usted o su representante deban proporcionar una copia de la evidencia en la farmacia cuando obtenga medicamentos recetados de la Parte D cubiertos, para que se le cobre el monto de distribución de costos adecuado.
- 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 (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).

Programa de descuentos durante la etapa sin cobertura de Medicare

El programa de descuentos durante la Etapa sin cobertura de Medicare brinda descuentos del fabricante para medicamentos de marca a los miembros de la Parte D que han llegado a la Etapa sin cobertura y que no reciben “Ayuda Adicional” (Extra Help). Para medicamentos de marca, el descuento del 70% proporcionado por los fabricantes excluye cualquier cargo de despacho por costos en el período de interrupción en cobertura. Los miembros pagan el 25% del precio negociado y una parte del cargo de dispensación para los medicamentos de marca.

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

Si alcanza la etapa sin cobertura, aplicaremos el descuento en forma automática cuando la farmacia le facture el medicamento recetado, y la Explicación de Beneficios de la Parte D (“Part D EOB”) mostrará los descuentos brindados. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante cuentan hacia los costos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado ese monto y lo desplazará a lo largo del período de interrupción en cobertura. El monto pagado por el plan (5%) no se aplica a sus gastos de bolsillo.

También recibe cierta cobertura para medicamentos genéricos. Si llega al periodo de interrupción en cobertura, el plan paga el 75% del precio de los medicamentos genéricos y usted paga el 25% restante del precio. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (75%) no se tiene en cuenta para sus gastos de bolsillo. Solamente el monto que usted pague se tiene en cuenta, y esto lo ayuda a avanzar dentro de la etapa sin cobertura. Además, se incluye la tarifa de preparación como parte del costo del medicamento.

Si tiene preguntas sobre la disponibilidad de descuentos para los medicamentos que usted toma o sobre el Programa de descuentos durante la Etapa sin cobertura de Medicare, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).

¿Qué sucede si tiene cobertura en un programa Estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP)?

Si está inscrito en el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) o en otro programa que brinda cobertura para medicamentos de la Parte D (que no sea el programa de “Ayuda Adicional” [Extra Help]), continúa recibiendo el 70% de descuento en los medicamentos de marca cubiertos. También, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca en el período de interrupción en cobertura. Este descuento del 70% y del 5% que paga el plan se aplica tanto al precio del medicamento antes de cualquier cobertura del SPAP como para otra cobertura.

¿Qué sucede si usted tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el AIDS (ADAP)?

¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el AIDS (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el AIDS (ADAP) ayuda a las personas con HIV/AIDS que reúnen los requisitos para ADAP a tener acceso a los medicamentos para el HIV que pueden salvar sus vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con la distribución de costos de medicamentos recetados por parte 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 AIDS, bajos ingresos según lo defina el Estado, y estado de no asegurado o asegurado.

Si está inscrito actualmente en un ADAP, este programa puede continuar brindándole asistencia con la distribución de costos de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para medicamentos incluidos en el formulario de ADAP. Para asegurarse de que continúe recibiendo esta asistencia, notifíquelo a la persona encargada de inscripciones del ADAP local acerca de cualquier cambio en el número de póliza o nombre del plan de la Parte D de Medicare.

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

Maryland AIDS Drug Assistance Program

410-767-6535 or 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://phpa.health.maryland.gov/OIDPCS/CHCS/Pages/madap.aspx>

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 410-767-6535 or 800-205-6308.

¿Qué sucede si usted recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare para pagar sus medicamentos recetados? ¿Obtiene los descuentos?

No. Si recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help), usted ya obtiene cobertura para los costos de los medicamentos recetados durante la etapa sin cobertura.

¿Qué sucede si usted no obtiene un descuento y considera que debería obtenerlo?

Si considera que ha alcanzado la etapa sin cobertura y no obtuvo un descuento al pagar por sus medicamentos de marca, debe consultar su próxima notificación de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte DB). Si el descuento no aparece en su *Explicación de beneficios de la Parte D*, debe contactarnos para asegurarse de que sus registros de recetas están correctos y actualizados. Si no estamos de acuerdo con que le debemos un descuento, puede apelar. Su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) puede ayudarlo a presentar una apelación (los números de teléfono aparecen en la Sección 3 de este capítulo), o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Programas estatales de asistencia farmacéutica

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

En Maryland, el Programa estatal de asistencia farmacéutica es Maryland Senior Prescription Drug Assistance Program.

Método	Maryland Senior Prescription Drug Assistance Program: información de contacto
LLAME AL	800-551-5995 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	800-877-5156

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

Método	Maryland Senior Prescription Drug Assistance Program: información de contacto
	Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	Maryland - SPDAP c/o Pool Administrators, Inc. 628 Hebron Avenue Suite 502 Glastonbury, CT 06033
SITIO WEB	http://marylandspdap.com

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

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si tiene preguntas con respecto a sus beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Si recibe los servicios de Medicare a través de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, es importante informarles si se muda o si cambia su dirección postal.

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios: información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la RRB los días lunes, martes, jueves y viernes de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., y los miércoles de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. 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.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

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

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

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

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

CAPÍTULO 3

*Cómo usar la cobertura del plan
para sus servicios médicos*

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos**Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos**

SECCIÓN 1	Información que se debe tener en cuenta para obtener atención médica cubierta como miembro de nuestro plan	47
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?	47
Sección 1.2	Normas básicas para recibir la atención médica cubierta por el plan	47
SECCIÓN 2	Use proveedores de la red del plan para obtener su atención médica	49
Sección 2.1	Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y supervise su atención médica	49
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP?	51
Sección 2.3	Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de la red	51
Sección 2.4	Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red	53
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cubiertos cuando usted tiene una emergencia o necesidad de atención urgente o durante un desastre	53
Sección 3.1	Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica	53
Sección 3.2	Cómo recibir atención cuando la necesita urgentemente	54
Sección 3.3	Cómo obtener atención durante un desastre	55
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos?	55
Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos	55
Sección 4.2	Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total	56
SECCIÓN 5	¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando está en un “estudio de investigación clínica”?	56
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?	56
Sección 5.2	Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?	57
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención cubierta en una “institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud”	58
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud?	58
Sección 6.2	Recibir atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud	58

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 7	Normas para ser propietario de equipo médico duradero	59
Sección 7.1	¿Será suyo el equipo médico duradero después de realizar un cierto número de pagos bajo nuestro plan?	59
SECCIÓN 8	Normas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno	60
Sección 8.1	¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?	60
Sección 8.2	¿Cuál es su distribución de costos? ¿Cambiará después de 36 meses?	60
Sección 8.3	¿Qué sucede si deja su plan y vuelve a Original Medicare?	61

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

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

Estas son algunas definiciones que pueden ayudarlo a entender cómo obtiene la atención y los servicios que tiene cubiertos como miembro de nuestro plan:

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

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

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

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

- **La atención que reciba esté incluida en el Cuadro de Beneficios Médicos del plan** (este cuadro está en el Capítulo 4 de este cuadernillo).

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, los suministros o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.
- **Usted cuenta con un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red, quien le brinda atención médica y la supervisa.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe otorgarle una aprobación por adelantado antes de que usted pueda utilizar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Esto significa que le otorga una “remisión”. Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - No está obligado a tener una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o servicios médicos que se necesitan con urgencia. Usted también puede obtener otro tipo de atención sin que sea necesaria la aprobación por adelantado de su PCP (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted debe recibir su atención de un proveedor de la red** (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no se cubrirá. *Hay tres excepciones:*
 - El plan cubre atención de emergencia o servicios médicos que se necesitan con urgencia que usted recibe de un proveedor que no pertenece a la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber lo que significa servicios de emergencia o servicios médicos que se necesitan con urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar esta atención, usted puede recibirla de un proveedor fuera de la red. En el caso de que usted considere que necesita servicios de un proveedor fuera de la red, usted o el proveedor fuera de la red deben llamar al plan para obtener autorización (excepto para los servicios de diálisis recibidos fuera de la red). Esta autorización debe recibirse antes de que se dé la atención; de lo contrario, no se cubrirá. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si obtuviese la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo recibir la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre servicios de diálisis renal que usted reciba en un centro para diálisis certificado por Medicare cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio del plan.

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

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

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

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

¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como un PCP?

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

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

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

El papel de un PCP

Un PCP es su principal proveedor de atención médica. Visitará a su PCP para chequeos regulares. Si se enferma, su PCP será la primera persona que le brinde atención. Le recetará medicamentos y lo remitirá a especialistas y otros proveedores, según sea necesario. Cuando su PCP considere que necesita un tratamiento especializado, es posible que lo envíe a ver a un especialista del plan. Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención médica para una parte del cuerpo o enfermedad específica. Entre algunos ejemplos de especialistas se incluyen oncólogos (que se encargan de los pacientes con cáncer), cardiólogos (que se encargan de los pacientes con afecciones cardíacas) y ortopedas (que se encargan de pacientes con ciertas afecciones óseas, de las

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

articulaciones o musculares). La remisión de su PCP le dice al especialista algo sobre su afección médica y las cosas que su PCP desea que el especialista chequee.

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

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

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

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

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

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

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

¿Cómo elige a su PCP?

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

Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP pueda dejar de participar en la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que encontrar un PCP nuevo. Si desea cambiar su PCP, puede solicitarlo en cualquier momento y por cualquier motivo. Para cambiar de PCP, puede buscar un nuevo PCP a través de nuestra herramienta de búsqueda de proveedores en línea que se encuentra aquí: www.carefirst.com/medicare. Una vez que encuentre su nuevo PCP, o si necesita ayuda para seleccionar un nuevo PCP, comuníquese con nuestro departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo). Si se comunica con nosotros para cambiar su PCP antes del día 20 del mes, su

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

nuevo PCP se hará efectivo el primer día del mes. Si se comunica con nosotros para cambiar su PCP después del día 20 del mes, su PCP se hará efectivo el primer día del mes siguiente.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP?

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

- Atención médica de rutina para la mujer, que incluye exámenes mamarios, mamografías (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe (influenza), vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o fuera de la red.
- Servicios que se necesitan con urgencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles temporalmente o no pueda acceder a ellos (por ejemplo, cuando usted está fuera del área de servicio del plan de manera temporal).
- Servicios de diálisis renal que recibe de un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté fuera del área de servicio del plan de manera temporal. (De ser posible, antes de salir del área de servicio, llame a Servicios para Miembros, de modo que podamos ayudar a hacer las coordinaciones para que usted tenga diálisis de mantenimiento mientras esté fuera del área de servicio. Los números de teléfono de Servicios para Miembros figuran en el dorso de este cuadernillo).
- Vacuna de refuerzo contra el herpes (zóster), vacunas contra la difteria, el tétanos y la tos ferina, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.

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

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

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

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

Cuando necesite tratamiento especializado, su PCP coordinará su atención mediante una remisión a un proveedor de la red. Su especialista debe analizar sus opciones de atención médica con el PCP.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

En algunos casos, es posible que lo envíen de nuevo al PCP para atención de seguimiento adicional. Es muy importante que obtenga la aprobación por adelantado del PCP antes de que vea a un especialista del plan o a otros proveedores determinados.

¿Para qué servicios necesitará su PCP obtener autorización previa?

La autorización previa es una aprobación por adelantado para poder obtener servicios. En una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO), algunos servicios médicos de la red están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen una “autorización previa” de nuestro plan. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información sobre servicios que requieren autorización previa. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa se indican en cursiva en el Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Es importante saber qué es lo que Medicare cubrirá o no. Asegúrese de preguntar a su proveedor si un servicio está cubierto. Los proveedores deberían informarle cuando algo no esté cubierto. Deberían notificarle por escrito o informarle verbalmente cuando Medicare no cubra el servicio.

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

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay diversas razones por las que su proveedor podría dejar su plan, pero si su médico o especialista deja 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 requiere que le brindemos un acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos nuestro mayor esfuerzo por avisarle con un mínimo de 30 días de anticipación que su proveedor abandonará nuestro plan, de modo que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe con la gestión de sus necesidades de atención médica.
- Si está bajo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido, y nosotros trabajaremos con usted para asegurarnos de que eso sea así.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar al anterior o que la atención que recibe no es la apropiada, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista deja el plan, comuníquese con nosotros para que lo ayudemos a encontrar un nuevo proveedor para que gestione su atención.

Si necesita más ayuda, puede comunicarse con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

Sección 2.4 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

Para los servicios cubiertos por Medicare, si usted requiere servicios especializados que no están disponibles de un proveedor de nuestra red, comuníquese con su proveedor de atención primaria (PCP) para obtener autorización y coordinación de atención. Los miembros tienen derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red para servicios de emergencia o servicios médicos que se necesitan con urgencia fuera del área. Los servicios de diálisis están cubiertos para miembros con ESRD (enfermedad renal en etapa terminal) que hayan viajado fuera del área de servicio del plan y no puedan acceder a proveedores de ESRD dentro de la red.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando usted tiene una emergencia o necesidad de atención urgente o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica**¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer si tiene una?**

Una “**emergencia médica**” es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que fallezca, pierda una extremidad o pierda la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, haga lo siguiente:

- **Consiga ayuda tan pronto como le sea posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. *No* necesita obtener primero una aprobación o una remisión de su PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de informar a nuestro plan de su emergencia.** Necesitamos dar seguimiento a su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Llame al número de teléfono de Servicios para Miembros que aparece al dorso de su tarjeta de membresía para informarnos sobre su atención de emergencia.

¿Qué se cubre si tiene una emergencia médica?

Puede recibir cobertura de atención médica de emergencia en cualquier momento que la necesite, en cualquier lugar dentro de los Estados Unidos o sus territorios, así como fuera de los Estados Unidos. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias por cualquier otro medio podría poner su salud en peligro. Para obtener más información, consulte el Cuadro de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este cuadernillo.

Nuestro plan ofrece cobertura de urgencia o de emergencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos. Consulte la sección del Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le estén brindando la atención de emergencia para ayudar a gestionar y hacer un seguimiento de su atención. Los médicos que le estén brindando la atención de emergencia decidirán el momento en el que su condición sea estable y concluya la emergencia médica.

Luego de que la emergencia médica haya terminado, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para estar seguro de que su estado sigue siendo estable. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si recibe la atención de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de hacer los arreglos necesarios para que los proveedores de la red se ocupen de su atención tan pronto como lo permitan su condición médica y las circunstancias.

¿Qué sucede si no fue una emergencia médica?

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

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

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

Sección 3.2 Cómo recibir atención cuando la necesita urgentemente

¿Qué son los “servicios médicos que se necesitan con urgencia”?

Los “servicios que se necesitan con urgencia” son una enfermedad, lesión o afección imprevistas que no son de emergencia y requieren atención médica inmediata. Los servicios médicos que se necesitan con urgencia los pueden proporcionar proveedores de la red o proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles temporalmente o no se pueda acceder a ellos. La afección imprevista podría ser, por ejemplo, la exacerbación inesperada de una afección que usted sabe que padece.

¿Qué sucede si está en el área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?

Usted siempre debe tratar de obtener los servicios médicos que se necesitan con urgencia de un proveedor de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos y no es razonable esperar a obtener atención de un proveedor de la red cuando la red vuelva a estar disponible, cubriremos los servicios médicos que se necesitan con urgencia que usted obtenga de un proveedor fuera de la red.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del 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 están dentro de la red. También puede aprovechar las opciones remotas, como nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas y la Consulta por Video de CareFirst.

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?

Cuando esté fuera del área de servicio y no pueda recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios médicos que se necesitan con urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos, en las siguientes circunstancias: necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia o los servicios necesarios se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no es de emergencia y requiere atención médica inmediata.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

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

Por lo general, 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 surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información adicional.

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

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

Si usted ha pagado más de lo que le corresponde por servicios cubiertos o si ha recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que le paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos*) para obtener más información sobre lo que debe hacer.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

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

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios; estos servicios se enumeran en el Cuadro de Beneficios Médicos del plan (este cuadro aparece en el Capítulo 4 de este cuadernillo) y que se obtienen según las normas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que nuestro plan no cubre, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red y sin autorización.

Si tiene dudas con respecto a si pagaremos algún servicio o atención médica que desea recibir, tiene derecho a preguntarnos si tendrá cobertura antes de obtenerlo. También tiene derecho a pedir esto por escrito. Si decimos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir la atención.

En el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) hay más información sobre qué hacer si quiere una decisión de cobertura de nuestra parte o quiere apelar una decisión que ya hemos tomado. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba luego de haber usado completamente el beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Todo monto que usted pague después de haber usado completamente el beneficio no se aplicará al monto máximo de gastos de bolsillo. Puede llamar a Servicios para Miembros cuando necesite saber cuánto ha usado de su límite de beneficio.

SECCIÓN 5 ¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando está en un “estudio de investigación clínica”?

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

Un estudio de investigación clínica (llamado también un “ensayo clínico”) es una manera en que los médicos y los científicos prueban nuevos tipos de atención médica como, por ejemplo, qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Ellos evalúan medicamentos o procedimientos de atención médica nuevos por medio de la búsqueda de voluntarios para que colaboren con el estudio. Este tipo de estudio es una de las fases finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a determinar si un nuevo enfoque funciona y es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica admiten a los miembros de nuestro plan. Primero, Medicare debe aprobar el estudio de investigación. Si participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

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

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

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

Aunque no necesita obtener permiso de nuestro plan para estar en un estudio de investigación clínica, **sí debe informarnos antes de participar en un estudio de investigación clínica.**

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo) para hacerles saber que participará en un ensayo clínico y averiguar detalles más específicos sobre lo que pagará el plan.

Sección 5.2 Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?

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

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

Original Medicare paga la mayoría del costo de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Después de que Medicare paga la parte que le corresponde del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará una parte de los costos. Nosotros pagaremos la diferencia entre la distribución de costos en Original Medicare y su distribución de costos como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que recibe como parte del estudio como si recibiera estos servicios de nuestro plan.

El siguiente es un ejemplo de cómo funciona esta distribución de costos: Supongamos que parte del estudio de investigación incluye una prueba de laboratorio que cuesta \$100. Asumamos también que su parte del costo para esta prueba es \$20 en Original Medicare, pero la prueba costaría \$10 bajo los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y nosotros pagaríamos otros \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, que es el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

Para que nosotros paguemos nuestra parte de los costos, usted deberá presentar una solicitud de pago. Junto con su solicitud, deberá enviarnos una copia de sus Resúmenes de Medicare (Medicare Summary Notices, MSN) u otros documentos que muestren cuáles servicios ha recibido como parte del estudio y cuánto adeuda. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

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

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

¿Quiere saber más?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica), que se encuentra disponible en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

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

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

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

Una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud es un centro que proporciona atención para una condición que usualmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va contra las creencias religiosas de un miembro, en su lugar proporcionaremos cobertura para que reciba atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud. Usted puede decidir si busca atención médica en cualquier momento, por cualquier razón. Este beneficio es exclusivo de los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención de la salud no médica). Medicare únicamente pagará por los servicios de atención de la salud no médica proporcionados por instituciones religiosas no médicas dedicadas al cuidado de la salud.

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

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

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

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

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

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

Se aplican límites a la cobertura de atención hospitalaria para pacientes internados de Medicare. Consulte el Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4 para obtener más detalles.

SECCIÓN 7 Normas para ser propietario de equipo médico duradero

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

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

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME adquieren la propiedad luego de hacer copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core, 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. Incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo DME bajo Original Medicare antes de unirse a nuestro plan, no adquirirá la propiedad sin importar cuántos copagos realice por el artículo mientras es miembro de nuestro plan.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

¿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 que hizo mientras fue miembro de nuestro plan no se tienen en cuenta para estos 13 pagos consecutivos.

Si usted ha hecho menos de 13 pagos para el artículo DME en Original Medicare *antes* de incorporarse a nuestro plan, sus pagos anteriores en Original Medicare tampoco se tienen en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que regrese a Original Medicare para poder ser dueño del artículo. No existen excepciones en este caso cuando regresa a Original Medicare.

SECCIÓN 8 Normas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si usted califica para la cobertura de los equipos de oxígeno de Medicare, entonces durante el tiempo que esté inscrito en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core, este 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 deja el plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core o ya no requiere médicamente equipos de oxígeno, entonces el equipo de oxígeno se debe devolver al propietario.

Sección 8.2 ¿Cuál es su distribución de costos? ¿Cambiará después de 36 meses?

Su distribución de costos por la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es un coseguro del 20% cada mes.

Su distribución de costos no cambiará después de estar inscrito por 36 meses en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core.

Si antes de inscribirse en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core realizó 36 meses de pagos de alquiler por la cobertura del equipo de oxígeno, su distribución de costos en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core es un 20% de coseguro.

Sección 8.3 ¿Qué sucede si deja su plan y vuelve a Original Medicare?

Si vuelve a Original Medicare, iniciará un nuevo ciclo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si pagó alquileres por equipo de oxígeno durante 36 meses antes de inscribirse en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core, se inscribe en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core durante 12 meses y, luego, regresa a Original Medicare, pagará la distribución de costos total por la cobertura del equipo de oxígeno.

De manera similar, si realizó pagos durante 36 meses mientras estaba inscrito en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core y, luego, regresa a Original Medicare, pagará la distribución de costos total por la cobertura del equipo de oxígeno.

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)

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	64
Sección 1.1	Tipos de gastos de bolsillo que posiblemente tenga que pagar por sus servicios cubiertos	64
Sección 1.2	¿Cuánto es lo máximo que pagará por servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?	65
Sección 1.3	Nuestro plan no permite que los proveedores le envíen “facturas de saldo”	65
SECCIÓN 2	Use el <i>Cuadro de Beneficios Médicos</i> para conocer qué tiene cubierto y cuánto pagará	66
Sección 2.1	Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan	66
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	106
Sección 3.1	Los servicios que <i>no</i> tienen cobertura (exclusiones)	106

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

Información importante sobre la COVID-19

Como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core, usted tiene acceso a todos los beneficios relacionados con la COVID-19 que están cubiertos por Original Medicare. Estos *pueden* incluir, *entre otros*, los siguientes:

- Pruebas de laboratorio para determinar si tiene COVID-19.

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core no puede cobrar copagos ni coseguro por pruebas clínicas de laboratorio para detectar o diagnosticar COVID-19.

- Hospitalizaciones médicamente necesarias. Esto incluye el caso de que le diagnosticaran COVID-19 y le hubieran dado de alta, pero debe permanecer en el hospital en cuarentena.

Usted seguirá pagando los copagos o los coseguros que correspondan.

Si estuviera disponible una vacuna contra la COVID-19, el plan cubrirá las vacunaciones.

Esta información está sujeta a cambios *en cualquier momento* y los beneficios solo durarán mientras la emergencia de la salud pública esté vigente. Para obtener actualizaciones sobre la cobertura relacionada con la COVID-19, visite el sitio web de Medicare en www.medicare.gov/medicare-coronavirus.

SECCIÓN 1 Explicación sobre sus gastos de bolsillo para servicios cubiertos

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos y en lo que usted paga por sus beneficios médicos. Se incluye un Cuadro de Beneficios Médicos que enumera los servicios cubiertos y le muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica las limitaciones para determinados servicios.

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

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

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

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos o coseguro. Asegúrese de mostrar su

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

evidencia de Medicaid o de que cumple con los requisitos de QMB a su proveedor, si corresponde. Si considera que se le pide pagar indebidamente, comuníquese con Servicios para Miembros.

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

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en cuanto al monto que debe pagar de su bolsillo cada año por servicios médicos de la red que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare (consulte el Cuadro de Beneficios Médicos más adelante en la Sección 2). A este límite se le denomina monto máximo de gastos de bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core, el monto máximo que tendrá que pagar de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red en 2021 es \$7,550. Los montos que paga por copagos y coseguro por servicios cubiertos dentro de la red se contabilizan para el cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo. (Los montos que paga por las primas del plan y por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo. Estos servicios se marcan en el Cuadro de Beneficios Médicos). Si alcanza el monto máximo de gastos de bolsillo de \$7,550, no tendrá que pagar gastos de bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red. Sin embargo, usted debe seguir pagando la prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero pague la prima de la Parte B por usted).

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

Como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core, una protección importante para usted es que solo deberá pagar su monto de distribución de costos cuando reciba los servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, lo que se conoce como “facturación de saldo”. Esta protección (de que usted nunca paga más de su monto de distribución de costos) aplica aun si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio, e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

A continuación, detallamos cómo funciona esta protección:

- Si su distribución de costos es un copago (un monto fijo de dólares, por ejemplo, \$15.00), entonces usted paga solo ese monto por cualquier servicio cubierto recibido de un proveedor de la red.
- Si su distribución de costos es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que visite:

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

- Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determine en el contrato celebrado entre el proveedor y el plan).
- Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red únicamente en ciertas situaciones; por ejemplo, cuando usted obtiene una remisión).
- Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red únicamente en ciertas situaciones; por ejemplo, cuando usted obtiene una remisión).
- Si usted cree que un proveedor le ha “facturado un saldo”, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).

SECCIÓN 2 Use el Cuadro de Beneficios Médicos para conocer qué tiene cubierto y cuánto pagará

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 Core cubre y el pago de gastos de bolsillo que usted hace por cada servicio. Los servicios que se enumeran en el Cuadro de Beneficios Médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos de Medicare deben proveerse según los lineamientos de cobertura establecidos por Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, y equipo) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, los suministros o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.
- Usted recibe su atención médica de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3 se brinda más información sobre los requisitos para usar proveedores de la red y las situaciones en las cuales cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP, Primary Care Provider), quien le brinda atención médica y la controla. En la mayoría de los casos, su PCP debe otorgarle una aprobación por adelantado antes de que usted pueda utilizar otros proveedores de la red del plan. Esto significa que le otorga una “remisión”. En el Capítulo 3 se brinda más información sobre cómo obtener una remisión y las situaciones en las que no necesita obtenerla.

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

- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios Médicos están cubiertos *únicamente* si su médico u otro proveedor de la red obtiene la aprobación por adelantado (llamada algunas veces “autorización previa”). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por anticipado están resaltados en el Cuadro de Beneficios Médicos en letra cursiva.

Otros datos importantes que debe conocer acerca de su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. En el caso de otros, paga *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y usted 2021*. Puede consultarlo en Internet en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin ningún costo bajo Original Medicare, también cubrimos ese servicio de manera gratuita para usted. Sin embargo, si usted también recibe tratamiento o si se le revisa por alguna enfermedad existente o nueva durante la visita a un proveedor en que reciba un servicio preventivo, se aplicará un copago por el tratamiento recibido para la enfermedad existente o nueva.
- Algunas veces, Medicare agrega cobertura bajo Original Medicare para los servicios nuevos durante el año. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante el 2021, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.



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

Cuadro de Beneficios Médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una única exploración por ultrasonido para las personas en riesgo. El plan cubre estas pruebas de detección únicamente si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermero, enfermero autorizado o especialista en enfermería clínica.	No hay coseguro, copago ni deducible para beneficiarios elegibles para estas pruebas de detección preventivas.
Acupuntura para dolor crónico en la espalda baja Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:	\$50 de copago por cada visita a un acupunturista cubierto por Medicare

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Para los fines de este beneficio, el dolor crónico en la espalda baja se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aquel que dura 12 semanas o más; • no es específico, en el sentido de que no tiene ninguna causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una afección metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está relacionado con una cirugía; y • no está relacionado con el embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>Se debe interrumpir el tratamiento si el paciente no está mejorando o si presenta retroceso.</p>	
<p>Servicios de ambulancia</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro más cercano apropiado para brindar atención si se trata de un miembro para cuya afección médica se contraindica cualquier otro medio de transporte (ya que podría poner en peligro la salud de la persona) o si está autorizado por el plan. • El transporte que no es de emergencia en ambulancia es apropiado si está documentado que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte están contraindicados y dicho transporte en ambulancia es médicamente requerido. 	<p>\$240 de copago por cada traslado terrestre de ida en ambulancia cubierto por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por cada traslado aéreo en ambulancia cubierto por Medicare.</p> <p>Este copago no se elimina si se lo ingresa en un hospital.</p>
<p>Examen físico anual</p> <p>El plan cubre un examen físico de rutina, además de la visita anual de bienestar, una vez al año. Este examen incluye un historial médico/familiar detallado, así como una evaluación detallada de la cabeza a los pies, con un examen práctico de todos los sistemas del cuerpo. Los servicios adicionales incluyen, según corresponda, órdenes de seguimiento o remisiones a otros profesionales, exámenes de laboratorio, pruebas de detección clínicas, EKG (electrocardiogramas), recomendaciones de exámenes de detección</p>	<p>\$0 de copago por un examen físico anual (hasta 1 por año calendario).</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
preventivos, vacunas y asesoramiento sobre comportamientos saludables.	
 Visita anual de bienestar <p>Si hace más de 12 meses que tiene la Parte B, puede realizar una visita anual de bienestar para elaborar o actualizar un plan de prevención personalizado según su estado de salud actual y los factores de riesgo. Esta visita está cubierta una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita de bienestar anual no se puede llevar a cabo dentro del período de 12 meses a partir de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de “Bienvenido a Medicare” para estar cubierto para las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No tiene que pagar coseguros, copagos ni deducibles por la visita anual de bienestar.</p>
 Densitometría ósea <p>Para las personas que califican (generalmente, son personas en riesgo de perder masa ósea o de padecer osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si se consideran médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detección de la pérdida de masa ósea o determinación de la calidad ósea, incluida una interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No debe pagar coseguros, copagos o deducibles por el examen de densitometría ósea cubierto por Medicare.</p>
 Prueba de detección del cáncer de mama (mamografías) <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años de edad • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años de edad y mayores • Exámenes clínicos de seno una vez cada 24 meses 	<p>No debe pagar coseguros, copagos o deducibles por mamografías cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>Se cubren programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento para</p>	<p>\$20 de copago por cada servicio de rehabilitación cardíaca o servicio de</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>los miembros que cumplen con ciertas condiciones y tienen la remisión de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son generalmente más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>rehabilitación cardíaca intensiva cubierto por Medicare.</p>
<p> Visita de reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, puede que su médico hable del uso de aspirina (si es apropiado), le tome la presión arterial y le dé sugerencias para asegurarse de que usted consume alimentos saludables.</p>	<p>No debe pagar coseguros, copagos o deducibles por el beneficio de terapia del comportamiento intensiva para la prevención de enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Prueba de detección de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o alteraciones asociadas a un alto riesgo de tener enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No debe pagar coseguros, copagos o deducibles por las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares cubiertas una vez cada 5 años.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer cervical y vaginal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses • Si tiene alto riesgo de padecer de cáncer cervical o vaginal o está en edad fértil y tuvo un examen de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: un examen de Papanicolaou cada 12 meses. 	<p>No debe pagar coseguros, copagos o deducibles por las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo cubrimos la manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación. 	<p>\$20 de copago por cada visita quiropráctica cubierta por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer de colon</p> <p>Los siguientes servicios están cubiertos para personas de 50 años o más:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o examen preventivo de enema de bario, como alternativa) cada 48 meses <p>Uno de los siguientes cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de sangre oculta en materia fecal basado en guayacol (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) <p>Examen de detección del cáncer colorrectal basado en ADN, cada 3 años</p> <p>Para las personas con riesgo elevado de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección (o examen preventivo de enema de bario, como alternativa) cada 24 meses <p>Para las personas que no tienen riesgo elevado de tener cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses siguientes a una sigmoidoscopia de detección 	<p>No debe pagar coseguros, copagos o deducibles para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada enema de bario cubierto por Medicare.</p> <p>Si una prueba de detección de cáncer colorrectal finaliza en una biopsia o en la extracción de cualquier crecimiento durante el procedimiento, no se aplica la distribución de costos del miembro para la colonoscopia de diagnóstico.</p> <p>Para obtener más detalles sobre la distribución de costos de la colonoscopia de diagnóstico, consulte la sección “Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y en centros de cirugía ambulatoria”.</p>
<p>Servicios dentales</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>Los servicios dentales integrales cubiertos por Medicare están cubiertos solo después de una reconstrucción de mandíbula, lesión accidental o extracciones en preparación para recibir radioterapia.</p>	<p>\$40 de copago por servicios dentales integrales cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios preventivos:</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>En general, los beneficios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos los siguientes servicios dos veces al año:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpiezas • Exámenes bucales • Radiografías • Tratamientos con flúor 	<p>\$30 de copago por cada servicio dos veces al año calendario.</p> <p><i>Sus beneficios dentales preventivos NO se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP).</i></p> <p>Limpieza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • D1110 – Profilaxis: adulto <p>Exámenes bucales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DD0120 – Examen oral periódico: paciente establecido • D0140 – Evaluación oral limitada: centrada en el problema • D0150 – Evaluación oral integral: paciente nuevo o establecido • D0160 – Evaluación oral detallada y exhaustiva: enfocada en el problema, según informe • D0180 – Evaluación periodontal integral <p>Radiografías dentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • D0210 – Intraoral: serie completa de imágenes radiográficas

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
	<ul style="list-style-type: none"> • D0220 – Intraoral: primera imagen radiográfica periapical • D0230 – Intraoral: cada imagen radiográfica periapical adicional • D0270 – Aletas de mordida: imagen radiográfica única • D0272 – Aletas de mordida: dos imágenes radiográficas • D0273 – Aletas de mordida: tres imágenes radiográficas • D0274 – Aletas de mordida: cuatro imágenes radiográficas • D0277 – Aletas de mordida vertical: entre 7 y 8 imágenes radiográficas • D0330 – Imagen radiográfica panorámica <p>Tratamiento con flúor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • D1206 – Aplicación tópica de barniz de flúor • D1208 – Aplicación tópica de flúor: se excluye barniz

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

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

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Para personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético: Un par de zapatos terapéuticos hechos a la medida cada año calendario (incluso las plantillas que se proporcionan con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (no incluye las plantillas extraíbles estándar que se proporcionan con dichos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. 	<p>\$0 de copago por cada capacitación sobre autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.</p>
<p>Equipo médico duradero (Durable medical equipment, DME) y suministros relacionados</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>(Para obtener una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 de este cuadernillo).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital referidas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos sintetizadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no utiliza una marca o un fabricante específico, puede preguntar si pueden hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.carefirst.com/medicare.</p>	<p>20% de coseguro por artículos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Atención de emergencia</p> <p>Atención de emergencia hace referencia a los servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que fallezca, pierda una</p>	<p>\$90 de copago por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p> <p>El copago se elimina si lo ingresan en el hospital en un plazo de 24 horas por la misma afección.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>extremidad o pierda la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>La distribución de costos para los servicios de emergencia necesarios proporcionados fuera de la red es la misma que para tales servicios proporcionados dentro de la red.</p> <p>La atención de emergencia está cubierta a nivel mundial.</p> <p>No hay cobertura una vez que se le admite a una hospitalización. Si tiene un servicio de emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable del pago en el momento en que se presten los servicios. A continuación, puede presentar las reclamaciones y un comprobante de pago para la consideración del reembolso (menos cualquier distribución de costos aplicable al miembro). El transporte y la repatriación no están cubiertos.</p> <p>Para obtener más información, consulte el capítulo 7 (Sección 2.1).</p>	<p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que se estabilizó su afección de emergencia, usted debe recibir dicha atención en un hospital fuera de la red que esté autorizado por el plan, y el costo que deberá pagar corresponderá a la distribución de costos más alta que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Cobertura de emergencia a nivel mundial:</p> <p><i>Los beneficios de emergencia a nivel mundial NO se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP).</i></p> <p>\$90 de copago por cada visita a la sala de emergencias en todo el mundo cubierta por Medicare.</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> <p>No se elimina el copago si lo ingresan en el hospital para la cobertura de atención urgente o de emergencias en todo el mundo.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Programas de educación sobre salud y bienestar</p> <p>Nuestros programas de salud y bienestar están diseñados para mejorar la salud y el estilo de vida de los miembros. Estos programas se centran en mejorar los resultados de salud, incluidas las afecciones crónicas.</p> <p>Nuestro plan también cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas: los miembros del personal de enfermería registrados están disponibles 24/7 (las 24 horas del día, los 7 días a la semana) para analizar sus síntomas y recomendarle la atención más adecuada. Llame al 833-968-1773 en cualquier momento, de día o de noche, para hablar con un miembro del personal de enfermería. - Acceso a la Biblioteca de Salud de CareFirst (https://carefirst.staywellsolutionsonline.com) con información útil acerca de la gestión de la salud y el bienestar, así como enlaces a recursos exclusivos de CareFirst. - Evaluación en el hogar: una evaluación anual específica para realizar una evaluación integral de su estado de salud con un médico clínico de práctica avanzada en la comodidad de su hogar. Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-855-290-5744 (TTY: 711) para obtener más información. <p>Beneficio para acondicionamiento físico (SilverSneakers)</p> <p>Membresía de SilverSneakers®: SilverSneakers puede ayudarlo a vivir una vida más saludable y activa mediante el acondicionamiento físico y la conexión social. Usted tiene cubierto un beneficio de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers en los lugares participantes¹. Tiene acceso a las clases grupales de ejercicio especialmente diseñadas y dirigidas por instructores². En los lugares participantes de todo el país¹, puede tomar clases², además de utilizar equipos de ejercicio y otros servicios.</p> <p>Además, desde SilverSneakers FLEX® le brindan opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales (como centros recreativos, centros comerciales y parques).</p>	<p>\$0 de copago por todos los servicios indicados.</p> <p>\$0 de copago por el acceso a todos los beneficios del programa SilverSneakers.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>SilverSneakers también lo conecta con una red de apoyo y recursos virtuales a través de SilverSneakers Live, SilverSneakers On-Demand™ y nuestra aplicación móvil, SilverSneakers GO™. Todo lo que necesita para comenzar es su número de identificación personal de SilverSneakers. Visite SilverSneakers.com para obtener más información sobre su beneficio o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.</p> <p>SilverSneakers On-Demand™ le brinda más de 200 videos de clases y entrenamientos, además de consejos de salud, recetas y más. También hay disponibles clases y talleres en vivo. Los miembros deben iniciar sesión en SilverSneakers.com para comenzar.</p> <p>Consulte siempre con su médico antes de comenzar un programa de ejercicios.</p> <p>¹ Los lugares participantes (Participating Locations, “PL”) no pertenecen ni operan a través de Tivity Health, Inc. ni sus filiales. El uso de instalaciones y servicios de los PL se limita a los términos y condiciones de la membresía básica en los PL. Las instalaciones y los servicios varían según el PL.</p> <p>² La membresía incluye las clases de acondicionamiento físico grupales dirigidas por instructores de SilverSneakers. Algunas ubicaciones ofrecen clases adicionales a los miembros. Las clases varían según la ubicación.</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. © 2020 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones de diagnóstico de audición y de equilibrio realizadas por su PCP o proveedor para determinar si usted necesita tratamiento médico están cubiertas como atención a pacientes ambulatorios cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor acreditado.</p> <p>Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también cubrimos lo siguiente a través de NationsHearing:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes auditivos rutinarios: un examen al año • Audífonos: dos audífonos al año • Evaluaciones para el ajuste del audífono: una evaluación/ajuste de audífono al año <p>Las compras de audífonos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 visitas de seguimiento dentro del primer año a partir de la fecha de ajuste inicial; • período de prueba de 60 días a partir de la fecha de ajuste; • 60 pilas al año por audífono (suministro para 3 años); • garantía de reparación del fabricante de 3 años; • una cobertura única de reemplazo por audífono perdido, robado o dañado (se puede aplicar un deducible por audífono); • primer par de moldes auditivos (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 programar una cita.</p>	<p>\$40 de copago por cada examen para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio cubierto por Medicare.</p> <p>Servicios auditivos de rutina:</p> <p>\$0 de copago por un examen auditivo de rutina (uno por año calendario).</p> <p>\$0 de copago por una visita para ajuste y evaluación de audífonos (una vez por año calendario).</p> <p>Audífonos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$475 de copago por un audífono o \$975 de copago por dos audífonos con nivel de tecnología inicial • \$650 de copago por un audífono o \$1,325 de copago por dos audífonos con nivel de tecnología básico • \$950 de copago por un audífono o \$1,925 de copago por dos audífonos con nivel de tecnología excelente • \$1,550 de copago por un audífono o \$3,125 de copago por dos audífonos con nivel de tecnología avanzado • \$1,950 de copago por un audífono o \$3,925 de copago por dos audífonos con nivel de tecnología superior

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
	<i>Los exámenes auditivos rutinarios y los audífonos NO se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP).</i>
 Prueba de detección del HIV Para las personas que solicitan una prueba de detección del HIV o que tienen un mayor riesgo de infección por HIV, cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses Para las mujeres que están embarazadas, cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> • Hasta un máximo de tres exámenes de detección durante un embarazo 	No hay coseguro, copago ni deducible para beneficiarios elegibles para pruebas de detección de HIV cubiertas por Medicare.
Atención de una agencia de atención médica en el hogar <i>Puede requerirse autorización previa.</i> Antes de recibir servicios de atención médica en el hogar, su médico debe certificar que usted lo necesita y le solicitará a una agencia de atención médica en el hogar que le brinde sus servicios. Usted debe estar confinado en su hogar, lo que quiere decir que salir de su hogar requiere un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica en el hogar, de medio tiempo o intermitentes (para estar cubiertos bajo el beneficio de atención médica en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica en el hogar combinados deben sumar un total menor a 8 horas al día y 35 horas a la semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos 	\$0 de copago por visitas de atención médica a domicilio cubiertas por Medicare.
Terapia de infusión a domicilio La terapia de infusión a domicilio incluye la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos	20% de coseguro por artículos cubiertos por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión a domicilio incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención. • La capacitación y educación del paciente que no están cubiertas por el beneficio de equipos médicos duraderos. • Monitorización remota. • Servicios de monitorización para la prestación de terapia de infusión a domicilio y de medicamentos para infusión a domicilio de parte de un proveedor calificado de terapia de infusión a domicilio. 	
<p>Atención para enfermos terminales</p> <p>Puede recibir atención de cualquier programa para enfermos terminales certificado por Medicare. Usted es elegible para obtener el beneficio de la atención para enfermos terminales cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le hayan proporcionado un pronóstico terminal que certifique que usted tiene una enfermedad terminal y 6 meses o menos de vida si su enfermedad toma su curso normal. Su médico de atención para enfermos terminales puede ser un proveedor dentro de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor • Atención de relevo de corto plazo • Atención en el hogar <p>Para los servicios para enfermos terminales que están cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico terminal: Original Medicare (en vez de nuestro plan) pagará sus servicios para enfermos terminales y los servicios de las Partes A y B relacionados con su diagnóstico terminal. Mientras esté en el programa para enfermos terminales, su proveedor de servicios para</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa para enfermos terminales certificado por Medicare, sus servicios para enfermos terminales y servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal los paga Original Medicare, y no CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>enfermos terminales le facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare paga.</p> <p>Para recibir los servicios que estén cubiertos por las Partes A o B de Medicare y no estén relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal: Si usted requiere servicios médicos que no se necesitan con urgencia ni son de emergencia y que están cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que no están relacionados con su diagnóstico terminal, su costo por estos servicios depende de si utiliza un proveedor de nuestra red del plan.</p> <p>Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo paga el monto de distribución de costos del plan por los servicios dentro de la red.</p> <p>Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga la distribución de costos según las tarifas por servicio de Medicare (Original Medicare).</p> <p>Para recibir servicios que estén cubiertos por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core, pero que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A ni B, ya sea que estén o no relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal. Usted paga un monto de distribución de costos de su plan por estos servicios.</p> <p>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro para enfermos terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Si desea obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4. (¿Qué sucede si se encuentra en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare?).</p> <p>Nota: Si necesita atención que no es para enfermos terminales (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.</p>	
<p> Inmunizaciones</p> <p>Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen lo siguiente:</p>	<p>No debe pagar coseguros, copagos o deducibles por las</p>

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

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

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Medicinas y medicamentos• Exámenes de laboratorio• Rayos X y otros servicios de radiología• Suministros médicos y quirúrgicos necesarios• Uso de aparatos tales como sillas de ruedas• Costos de las salas de operaciones y de recuperación• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla• Servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados• En ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, haremos arreglos para que su caso sea examinado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o pueden estar fuera del área de servicio de nuestro plan. Si los servicios de trasplante de nuestra red se encuentran fuera del modelo de atención de la comunidad, usted podrá elegir si quiere obtener sus servicios localmente, siempre y cuando los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core ofrece servicios de trasplante fuera del modelo de atención de la comunidad y usted elige obtener su trasplante en ese lugar lejano, organizaremos o pagaremos los costos de alojamiento y el transporte apropiados para usted y su acompañante.• Sangre: incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos empacados comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta que se utiliza.• Servicios de médicos <p>Nota: Para que se le considere un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para ingresarle al hospital formalmente como paciente hospitalizado. Aun si se queda en el hospital de un día para otro, es posible que se le considere “paciente</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>ambulatorio”. Si no está seguro de si es paciente interno o ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente interno o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregúntelo!” Consulte esta hoja de datos en Internet en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Atención de la salud mental para pacientes internados</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de la salud mental que requieren hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicare limita a un máximo de 190 días los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se prestan en hospitales psiquiátricos. Estos 190 días se conocen como “límite de por vida”. • El límite de 190 días de por vida no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados brindados por una unidad psiquiátrica de un hospital general. • Nuestro plan cubre 90 días de servicios de atención de salud mental para pacientes hospitalizados por admisión. También podemos cubrir 60 días adicionales de por vida. Estos se denominan “días de reserva de por vida”. Si necesita más de 90 días de atención de la salud mental para pacientes hospitalizados, puede utilizar sus días de reserva de por vida. Una vez que se hayan utilizado estos días de reserva de por vida, su cobertura para atención de la salud mental para pacientes hospitalizados se limitará a 90 días por admisión. 	<p>Por cada hospitalización como paciente psiquiátrico internado cubierta por Medicare:</p> <p>\$330 de copago por día para los días 1 a 5</p> <p>\$0 de copago por día para los días 6 a 90</p> <p>Por cada hospitalización cubierta por Medicare, usted debe pagar la distribución de costos aplicable a partir del día 1 cada vez que se le admite.</p> <p>La distribución de costos no se aplica a la fecha del alta.</p>

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

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

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>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 remisión de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su remisión anualmente si necesita tratamiento el próximo año calendario.</p>	<p>médica cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</p> <p>Los servicios del MDPP serán cubiertos para los beneficiarios de Medicare elegibles de todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento que proporciona una capacitación práctica de largo plazo en las estrategias de resolución de problemas, aumento en la actividad física y cambios en la dieta para superar los desafíos para una pérdida de peso continua y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de MDPP.</p>
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>Estos medicamentos están cubiertos en la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Entre los medicamentos cubiertos que pueden estar sujetos a terapia escalonada, se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, generalmente, no se autoadministra el paciente y se inyectan o se dan por infusión mientras se reciben servicios de médico, de paciente externo de hospital, o de centro quirúrgico para pacientes ambulatorios • Medicamentos que se administran utilizando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan. • Factores de coagulación que se administra usted mismo con una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare al momento del trasplante del órgano 	<p>20% de coseguro por quimioterapia u otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare.</p> <p>Los medicamentos de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos a requisitos de terapia escalonada.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos inyectables para osteoporosis, si usted está confinado en su casa, tiene una fractura de hueso que un médico certifica que estaba relacionada con una osteoporosis posterior a la menopausia y no se puede administrar usted mismo el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra la náusea • Determinados medicamentos para la diálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea medicamento necesario, los anestésicos tópicos y los agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit® o Aranesp®) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de las enfermedades de inmunodeficiencia primaria <p>El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que podrían estar sujetos a terapia escalonada: www.carefirst.com/medicare-partb.</p> <p>Además, cubrimos algunas vacunas dentro del beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y de la Parte D.</p> <p>En el Capítulo 5 se explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, que incluye las normas que se deben seguir para recibir la cobertura de sus recetas. El monto que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se describe en el Capítulo 6.</p>	
 <p>Prueba de detección de obesidad y terapia para favorecer la pérdida estable de peso</p> <p>Si usted presenta un índice de masa corporal de 30 o más, incluimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a bajar de peso. Esta asesoría está cubierta si la recibe en un centro de atención primaria, en donde puede coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico o profesional de atención primaria para obtener más información.</p>	<p>No debe pagar coseguros, copagos o deducibles para pruebas preventivas de detección de obesidad y terapia.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p data-bbox="203 359 889 394">Servicios del programa de tratamiento de opioides</p> <p data-bbox="203 415 1039 562">Los servicios de tratamiento del trastorno por consumo de opioides están cubiertos en la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura de estos servicios a través de nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul data-bbox="215 583 1015 856" style="list-style-type: none"><li data-bbox="215 583 1015 695">• Medicamentos aprobados por la FDA para el tratamiento de opioides agonistas y antagonistas, y la dispensación y administración de dichos medicamentos, si corresponde.<li data-bbox="215 716 743 751">• Asesoramiento por abuso de sustancias<li data-bbox="215 772 597 808">• Terapia individual y grupal<li data-bbox="215 829 527 865">• Pruebas toxicológicas	<p data-bbox="1058 415 1429 520">\$40 por cada servicio del programa de tratamiento por uso de opiáceos.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico, y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Radioterapia (radio e isótopos) que incluye suministros y materiales técnicos • Suministros quirúrgicos, tales como vendajes • Entablillado, yesos y otros aparatos que se utilizan para reducir las fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio • Sangre: incluido el almacenaje y la administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos empacados comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta que se utiliza. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias 	<p>\$50 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.</p> <p>20% de coseguro por cada servicio de medicina nuclear cubierto por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por cada servicio de radiología terapéutica cubierto por Medicare.</p> <p>\$20 de copago por cada servicio de radiografía cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios de sangre cubiertos por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por dispositivos protésicos y suministros médicos relacionados con prótesis, férulas y otros dispositivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p>	<p>\$330 de copago por cada observación hospitalaria para</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se brindan para determinar si necesita ser admitido como paciente internado o puede ser dado de alta.</p> <p>Para que se cubran los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando los brinda un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licenciamientos y los reglamentos para el personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de distribución de costos de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aun si se queda en el hospital de un día para otro, es posible que se le considere “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es considerado paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente interno o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregúntelo!” Consulte esta hoja de datos en Internet en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencia o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios • Exámenes de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital 	<p>Para ver los montos de distribución de costos que pagará, consulte las otras secciones de este capítulo, que se aplicarán cuando los servicios se presten en los centros para pacientes ambulatorios, como los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización parcial

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Atención de la salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado sería necesario sin ello • Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos tales como entablillados y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no se puede administrar a sí mismo <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de distribución de costos de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aun si se queda en el hospital de un día para otro, es posible que se le considere “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es considerado paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente interno o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregúntelo!” Consulte esta hoja de datos en Internet en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de emergencia • Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare • Equipo médico duradero • Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios, incluidas las de laboratorio y radiografías. • Cirugía ambulatoria
<p>Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Los servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermero clínico especialista, enfermero profesional, asistente médico u otro profesional de la atención de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes vigentes en el estado.</p>	<p>\$40 de copago por cada visita de terapia individual con cualquier tipo de profesional de la salud mental o cada visita de telesalud con un proveedor dentro de la red cubiertas por Medicare.</p> <p>\$20 de copago por cada visita de terapia grupal con cualquier tipo de profesional de la salud mental o cada</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
	<p>visita de telesalud con un proveedor dentro de la red cubiertas por Medicare.</p> <p>\$40 de copago por cada sesión de salud mental individual a través de visita por video cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se prestan en varios centros para pacientes ambulatorios, como los departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital, los consultorios de terapeutas independientes y los centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).</p>	<p>\$30 de copago por cada visita de terapia ocupacional, física o del habla y lenguaje cubiertas por Medicare.</p>
<p>Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios para tratar el uso de sustancias incluyen diversos niveles de atención, desde pacientes ambulatorios que se atienden en el consultorio hasta el Programa Intensivo para Pacientes Ambulatorios (Intensive Outpatient Program, IOP) y el Programa de Hospitalización Parcial (Partial Hospitalization Program, PHP) para pacientes hospitalizados o ambulatorios, incluida la desintoxicación. Todos los niveles de atención pueden incluir: asesoramiento individual, asesoramiento grupal o tratamientos asistidos por medicamentos.</p>	<p>\$40 de copago por cada visita de tratamiento individual contra el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p> <p>\$20 de copago por cada visita de tratamiento grupal contra el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p>
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluye servicios prestados en centros hospitalarios y en centros de cirugía ambulatoria</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>Nota: Si le harán una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si el procedimiento se hará como</p>	<p>\$250 de copago por cada visita a un centro hospitalario</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>paciente ambulatorio o internado. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de distribución de costos por la cirugía ambulatoria. Aun si se queda en el hospital de un día para otro, es posible que se le considere “paciente ambulatorio”.</p>	<p>para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p> <p>\$200 de copago por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se brinda como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización para pacientes internados.</p>	<p>\$20 de copago por cada servicio del programa de hospitalización parcial cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o de atención médica que sean médicamente necesarios proporcionados en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico certificado para pacientes ambulatorios, el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación • Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP o un especialista, si su médico lo indica para ver si necesita tratamiento médico • Determinados servicios de telesalud, incluidos el proveedor de atención primaria, el especialista, la atención de la salud mental (individual o grupal) y la atención de la salud mental con un psicólogo (individual o grupal). Los servicios solo se prestarán a través de telesalud cuando el proveedor de la red lo considere clínicamente adecuado para el servicio. 	<p>\$5 de copago por cada visita a un proveedor de atención primaria o cada visita de telesalud con un proveedor dentro de la red cubiertas por Medicare.</p> <p>\$50 de copago por cada visita a un especialista o visita de telesalud con un proveedor dentro de la red cubiertas por Medicare.</p> <p>Nota: Antes de recibir los servicios de un especialista, primero debe obtener una remisión de su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés).</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> ◦ Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita en persona o por telesalud. Si decide obtener uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. ◦ Ofrecemos los siguientes medios de telesalud: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Visitas interactivas por video para servicios profesionales cuando se puede prestar atención en este formato según lo determine un proveedor de la red. • Algunos servicios de telesalud, incluidas las consultas, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional, para pacientes en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para miembros en diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal con sede en un hospital o de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de los síntomas de un accidente cerebrovascular • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico de entre 5 y 10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Usted no es un paciente nuevo; y ◦ El control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días; y ◦ El control no deriva en una visita al consultorio dentro de las 24 horas o en una cita disponible lo antes posible. • Evaluación del video o de las imágenes que le envía a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Usted no es un paciente nuevo; y ◦ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días; y ◦ La evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de las 24 horas o en una cita disponible lo antes posible. 	<p>\$40 de copago por cada visita de terapia individual con cualquier tipo de profesional de la salud mental o cada visita de telesalud con un proveedor dentro de la red cubiertas por Medicare.</p> <p>\$20 de copago por cada visita de terapia grupal con cualquier tipo de profesional de la salud mental o cada visita de telesalud con un proveedor dentro de la red cubiertas por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o evaluación electrónica de registros de salud si usted no es un paciente nuevo. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía • Cuidado dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, reparar fracturas de mandíbula o de huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedad neoplásica maligna o servicios que estarían cubiertos cuando los proporciona un médico) 	
<p>Servicios de podología</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo). • Cuidado de rutina para los pies para los miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores 	<p>\$40 de copago por cada visita de podología cubierta por Medicare.</p>
<p> Pruebas de detección del cáncer de próstata</p> <p>Para hombres de 50 años de edad y mayores, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen rectal digital • Prueba de Antígeno Prostático Específico (Prostate Specific Antigen, PSA) 	<p>No tiene que pagar coseguros, copagos ni deducibles por una prueba anual de PSA.</p> <p>\$0 de copago por cada examen rectal digital cubierto por Medicare.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p>	<p>20% de coseguro por dispositivos protésicos y suministros médicos relacionados con</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Aparatos (que no sean dentales) que reemplacen toda o una parte del cuerpo o de una función del mismo. Incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluso un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con los dispositivos protésicos, y la reparación y/o sustitución de los dispositivos protésicos. También incluye algo de cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas. Consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección para obtener más detalles.</p>	<p>prótesis, férulas y otros dispositivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>Se cubren programas de rehabilitación pulmonar integrales para los miembros con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) moderada a muy grave y una remisión para rehabilitación pulmonar por parte del médico que está tratando la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>\$20 de copago por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.</p>
<p> Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso del alcohol para adultos con Medicare (incluso para mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes de él.</p> <p>Si se confirma su abuso del alcohol, puede obtener hasta 4 sesiones de asesoramiento personal por año (si es competente y presta atención durante la sesión) provistos por un médico de atención primaria autorizado o profesional en un centro de atención primaria.</p>	<p>No tiene que pagar coseguros, copagos ni deducibles por el beneficio de atención preventiva de pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol cubiertas por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (Low Dose Computed Tomography, LDCT)</p> <p>Para las personas elegibles, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros que cumplen con los requisitos son: personas entre 55 y 77 años que no presentan signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen historial de consumo de tabaco de al</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>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>menos 30 años fumando un paquete diario, que fuman actualmente o que dejaron de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden escrita para una LDCT durante la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida acerca de la prueba de detección del cáncer de pulmón que cumple los criterios de Medicare para dichas visitas y que realiza un médico o un especialista no médico calificado.</p> <p><i>Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la detección con LDCT inicial:</i> los miembros deben recibir una orden por escrito para someterse a pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede ser proporcionada durante una visita adecuada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado deciden proporcionar una visita de asesoramiento sobre el examen preventivo de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas para los siguientes exámenes preventivos de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.</p>	
<p> Pruebas de detección de Enfermedades de transmisión sexual (Sexually Transmitted Infections, STI) y asesoramiento para evitar las STI</p> <p>Cubrimos pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para embarazadas y determinadas personas que tienen mayor riesgo de contraer una infección de transmisión sexual cuando las pruebas son solicitadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos del embarazo.</p> <p>Además, cada año, cubrimos hasta 2 sesiones de asesoramiento personal del comportamiento de alta intensidad de 20 a 30 minutos para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Solamente cubriremos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si están provistas por un proveedor de atención primaria y tienen lugar en un centro de atención primaria, como la oficina de un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de las pruebas de detección y asesoramiento para las STI cubiertas por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones fundamentadas sobre su atención. Para los miembros que tienen enfermedad renal crónica en etapa IV cuando son remitidos por sus médicos, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si se le admite como un paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial) • Capacitación para autodiálisis (incluye la capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipo y suministros para diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (tales como, cuando es necesario, visitas por parte de trabajadores de diálisis capacitados para supervisar la diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y para revisar el equipo de diálisis y suministro de agua) <p>Algunos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, diríjase a la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.</p>	<p>\$0 de copago por servicios de educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por cada diálisis renal cubierta por Medicare.</p>
<p>Atención en un Centro de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>(Para obtener una definición de “atención en un centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12 de este cuadernillo. Algunas veces, los centros de enfermería especializada se denominan “SNF”).</p>	<p>Por cada estadía en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare:</p> <p>\$0 de copago por día para los días 1 a 20</p> <p>\$180 de copago por día para los días 21 a 100</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Cubrimos hasta 100 días por período de beneficios de servicios de enfermería especializada para pacientes hospitalizados en un centro de enfermería especializada de acuerdo con las directrices de Medicare. No se requiere una hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención (Esto incluye sustancias que se encuentran en forma natural en el cuerpo, tales como factores de coagulación). • Sangre: incluido el almacenaje y la administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos empacados comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta que se utiliza. • Suministros médicos y quirúrgicos que normalmente proporcionan los SNF • Exámenes de laboratorio que generalmente proporcionan los SNF • Rayos X y otros servicios de radiología que normalmente proporcionan los SNF • Uso de aparatos tales como sillas de ruedas que normalmente proporcionan los SNF • Servicios del médico/profesional <p>Por lo general, recibirá su atención de un SNF de los centros de la red. Sin embargo, bajo determinadas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que pueda pagar la distribución de costos de la red por un centro que no es un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p>	<p>Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención especializada en un SNF durante 60 días seguidos. Si ingresa al hospital o a un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficios, empezará un período de beneficios nuevo. La cantidad de períodos de beneficios es ilimitada.</p> <p>La distribución de costos se aplica al día del alta.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de convalecencia o una comunidad de jubilación de cuidado continuo donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que provea atención de un centro de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge vive en el momento en que usted salga del hospital 	
 <p>Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco)</p> <p><u>Si usted consume tabaco, pero no presenta síntomas ni signos de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco:</u> Cubrimos dos intentos de cesar con asesoramiento en un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de asesoría incluye hasta cuatro visitas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el consumo de tabaco o toma medicamentos cuyo efecto pueda verse afectado por el tabaco:</u> Cubrimos los servicios de asesoría para dejar de fumar. Cubrimos dos asesoramientos para intentar abandonar el tabaco en un período de 12 meses; sin embargo, pagará la distribución de costos aplicable. Cada intento de asesoría incluye hasta cuatro visitas personales.</p>	<p>No debe pagar coseguros, copagos o deducibles por los beneficios preventivos de servicios para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>
<p>Terapia de ejercicio supervisado (Supervised Exercise Therapy, SET)</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>La SET está cubierta para los miembros con enfermedad arterial periférica sintomática (peripheral artery disease, PAD) y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento con PAD.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir de sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para PAD en pacientes con claudicación 	<p>\$20 de copago por cada visita de terapia de ejercicio supervisada cubierta por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Ser llevado a cabo en un centro ambulatorio de un hospital o en un consultorio médico. • Ser provisto por personal auxiliar calificado, necesario para asegurar que los beneficios superen los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicios para PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero practicante/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital. <p>SET puede estar cubierto más allá de 36 sesiones durante 12 semanas para 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	
<p>Servicios médicos que se necesitan con urgencia</p> <p>Los servicios médicos que se necesitan con urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevistas que no son de emergencia y requieren atención médica inmediata. Los servicios médicos que se necesitan con urgencia los pueden proporcionar proveedores de la red o proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles temporalmente o no se pueda acceder a ellos.</p> <p>La distribución de costos para médicos que se necesitan con urgencia suministrados fuera de la red es la misma que para tales servicios suministrados dentro de la red.</p> <p>Los servicios médicos que se necesitan con urgencia están cubiertos a nivel mundial.</p> <p>No hay cobertura una vez que se le admite a una hospitalización. Si recibe un servicio que necesita con urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable del pago en el momento en que se presten los servicios. A continuación, puede presentar las reclamaciones y un comprobante de pago para la consideración del reembolso (menos cualquier distribución de costos aplicable al miembro).</p> <p>Para obtener más información, consulte el capítulo 7 (Sección 2.1).</p>	<p>\$30 de copago por cada visita de atención urgente cubierta por Medicare.</p> <p>El copago se elimina si lo ingresan en el hospital en un plazo de 48 horas por la misma afección.</p> <p>\$30 de copago por cada servicio de atención urgente a través de visita por video cubierto por Medicare.</p> <p>Servicios médicos que se necesitan con urgencia a nivel mundial:</p> <p><i>Los servicios médicos que se necesitan con urgencia a nivel mundial NO se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP).</i></p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
	<p>\$30 de copago por cada visita de atención urgente 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> <p>No se elimina el copago si lo ingresan en el hospital para la cobertura de atención urgente o de emergencias en todo el mundo.</p>
<p>Visita por video</p> <p>La Visita por Video de CareFirst le permite conectarse de forma segura con un médico para recibir servicios que necesitan atención urgente y de salud conductual, como terapia y psiquiatría. Visite carefirstvideovisit.com o descargue la aplicación en su teléfono inteligente. Solo busque CareFirst Video Visit (Visita por Video de CareFirst) en su tienda de aplicaciones para registrarse y realizar una visita por video con un médico o especialista.</p> <p>Si tiene preguntas sobre este beneficio, comuníquese con Servicios para Miembros al 855-290-5744 (TTY: 711). Si tiene preguntas técnicas, visite la página de contacto en carefirstvideovisit.com para obtener información de contacto.</p>	<p>\$30 de copago por cada servicio de atención urgente a través de visita por video cubierto por Medicare.</p> <p>\$40 de copago por cada sesión de salud mental individual a través de visita por video cubierta por Medicare.</p> <p><i>El beneficio de la visita por video NO se tiene en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP).</i></p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Atención de la visión</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médico para paciente ambulatorio para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluido el tratamiento de la degeneración macular senil. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción ocular) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de tener glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma al año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen lo siguiente: personas con historial familiar de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos que tienen 50 años o más e hispanoamericanos que tienen 65 años o más. • Para personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética se cubre una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la inserción de un lente intraocular (si se le hacen dos operaciones distintas de cataratas, no puede reservar el beneficio después de la primera operación para comprar dos anteojos después de la segunda operación). <p>También cubrimos a través de Davis Vision:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de ojo diabético • Examen de la vista de rutina • Anteojos adicionales <p>Para obtener más detalles sobre la cobertura y las prestaciones de rutina de la vista, comuníquese con Davis Vision al 1-800-783-5602 (TTY: 711).</p>	<p>\$40 de copago por cada examen ocular para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada visita de detección del glaucoma cubierta por Medicare.</p> <p>Exámenes oculares adicionales: \$0 de copago por cada examen de ojo diabético (uno por año calendario).</p> <p>\$20 de copago por cada examen ocular de rutina (incluye dilatación y refracción) de un proveedor de Davis Vision (uno por año calendario).</p> <p>Cobertura de anteojos adicional:</p> <p>Anteojos (marcos y lentes): - los marcos adquiridos de la colección exclusiva de Davis Vision seleccionados estarán cubiertos en su totalidad a través de nuestro proveedor. Nuestro plan también cubre</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
	<p>hasta \$75 al año por cualquier otro marco.</p> <p>- Los lentes simples, bifocales, trifocales y lenticulares tienen \$20 de copago al año por cada tipo de lente.</p> <p>Lentes de contacto (médicos y optativos):</p> <p>- Si los lentes de contacto son médicamente necesarios, estarán cubiertos en su totalidad a través de Davis Vision. Nuestro plan también cubre hasta \$100 al año para lentes de contacto optativos. La evaluación y el ajuste de los lentes de contacto no están cubiertos.</p> <p><i>Los exámenes de la vista y la cobertura de anteojos adicionales NO se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP).</i></p>
<p> Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” única. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento acerca de los servicios preventivos que usted necesita</p>	<p>No debe pagar coseguros, copagos o deducibles para 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
<p>(incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas), así como remisiones para otra atención de ser necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva de “Bienvenido a Medicare” solamente durante los primeros 12 meses en los que tiene la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, indique en el consultorio de su médico que desea programar una cita para su visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>

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

En esta sección se informa qué servicios están “excluidos” de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, este plan no los cubre. Si un servicio está “excluido”, significa que este plan no lo cubre.

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

Si usted recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo. No pagaremos los servicios médicos excluidos que se enumeran en el cuadro a continuación, excepto bajo las condiciones específicas que se indican. Solo hay una excepción: pagaremos por un servicio del siguiente cuadro si en una apelación se determina que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a la situación específica de usted. (Para obtener información sobre cómo apelar nuestra decisión de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este cuadernillo).

Todas las exclusiones o limitaciones de los servicios están especificadas en el Cuadro de Beneficios o en el siguiente cuadro.

Los servicios excluidos no tienen cobertura, incluso si se reciben en un centro de emergencias, y nuestro plan no los pagará.

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Servicios considerados no razonables ni necesarios, de acuerdo con las normas de Original Medicare	✓	

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

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
<p>Procedimientos médicos y quirúrgicos, y equipos y medicamentos experimentales.</p> <p>Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que nuestro plan y Original Medicare determinan que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Pueden estar cubiertos por Original Medicare dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.</p> <p>(Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información acerca de los estudios de investigación clínica).</p>
<p>Habitación privada en un hospital.</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Está cubierta solo cuando sea médicamente necesario.</p>
<p>Artículos personales en la habitación de un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.</p>	✓	
<p>Atención de enfermería en el hogar a tiempo completo.</p>	✓	
<p>* La atención de custodia es la atención que se brinda en un hogar de ancianos, un centro para enfermos terminales u otro centro cuando usted no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada.</p>	✓	
<p>Servicios domésticos (incluyen asistencia básica en el hogar, como actividades de limpieza o preparación de comidas ligeras).</p>	✓	
<p>Las tarifas impuestas por sus parientes directos o miembros de su hogar por atención que le brinden.</p>	✓	

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

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Cirugías o procedimientos cosméticos		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • Están cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar la función de un miembro malformado del cuerpo. • Están cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de un seno después de la mastectomía, así como para el seno no afectado para producir una apariencia simétrica.
Atención dental que no es de rutina		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>La atención dental que se requiere para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención para pacientes internados o para pacientes ambulatorios.</p>
Atención quiropráctica de rutina		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Está cubierta la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.</p>
Cuidado de rutina de los pies		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se proporciona cierta cobertura limitada de acuerdo con los lineamientos de Medicare (p. ej., si usted tiene diabetes).</p>
Entrega de alimentos a domicilio	✓	
Calzado ortopédico		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Si el calzado forma parte de un aparato ortopédico para las piernas y está incluido en el costo del aparato, o si el calzado está destinado a quienes padecen de enfermedades en los pies ocasionadas por la diabetes.</p>

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

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Dispositivos de apoyo para los pies		<p style="text-align: center;">✓</p> Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen de enfermedades en los pies ocasionadas por la diabetes.
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros de medicamentos anticonceptivos sin receta.	✓	
Acupuntura		✓
Servicios de naturopatía (tratamientos naturales o alternativos)	✓	

* La atención de custodia es la atención personal que no exige la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, tal como la atención que se brinda para ayudarlo con las actividades cotidianas, como bañarse o vestirse.

CAPÍTULO 5

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

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción	114
Sección 1.1	Este capítulo describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D	114
Sección 1.2	Normas básicas del plan sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte D	115
SECCIÓN 2	Surta sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan	115
Sección 2.1	Para que su receta esté cubierta, utilice una farmacia de la red	115
Sección 2.2	Cómo encontrar farmacias de la red	116
Sección 2.3	Cómo utilizar los servicios de envío por correo del plan	117
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos de largo plazo?	118
Sección 2.5	¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no pertenezca a la red del plan?	119
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan	120
Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos	120
Sección 3.2	Existen cinco “niveles de distribución de costos” para los medicamentos de la Lista de medicamentos	121
Sección 3.3	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?	121
SECCIÓN 4	Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	122
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?	122
Sección 4.2	¿Qué tipo de restricciones?	122
Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?	123

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto en la manera que le gustaría que estuviera cubierto?	124
Sección 5.1	Existen procedimientos que puede llevar a cabo si su medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría que estuviera cubierto	124
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna manera?	124
Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de distribución de costos que usted considera que es muy alto?	126
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?	127
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año	127
Sección 6.2	¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que está tomando?	128
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	130
Sección 7.1	Tipos de medicamentos sin cobertura	130
SECCIÓN 8	Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta una receta médica	131
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de membresía	131
Sección 8.2	¿Qué debe hacer si no tiene su tarjeta de membresía en ese momento?	131
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	131
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?	131
Sección 9.2	¿Qué sucede si es residente en un centro de atención de largo plazo (LTC)?	132
Sección 9.3	¿Qué sucede si también tiene cobertura de medicamentos de un empleador o un plan de grupo de jubilados?	133
Sección 9.4	¿Qué sucede si está en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare?	133

SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos	134
Sección 10.1	Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos de manera segura	134
Sección 10.2	Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides	134
Sección 10.3	Programa de Administración de la Terapia con Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos	135



¿Sabía que existen programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos?

Existen programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen “Ayuda Adicional” (Extra Help) y los Programas estatales de asistencia farmacéutica. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D
--

Este capítulo **explica las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D.** El próximo capítulo describe lo que paga usted por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Además de la cobertura de los medicamentos de la Parte D, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core también cubre algunos medicamentos dentro de los beneficios médicos del plan. A través de la cobertura de beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan generalmente cubre los medicamentos que se le dan durante las estancias cubiertas en un hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de la cobertura de beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos que incluyen determinados medicamentos para quimioterapia, determinadas inyecciones de medicamentos que se le administran durante una visita al consultorio y medicamentos que le dan en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (*Cuadro de Beneficios Médicos [lo que está cubierto y lo que usted paga]*) describe los beneficios y los costos de los medicamentos durante una estancia cubierta en un hospital o un centro de enfermería especializada, así como los beneficios y los costos de los medicamentos de la Parte B.

Sus medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare si usted se encuentra en un centro para enfermos terminales de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y los medicamentos de las Partes A, B y D de Medicare que no estén relacionados con su pronóstico terminal y sus enfermedades relacionadas, y que, por lo tanto, no están cubiertos por los beneficios de centros para enfermos terminales de Medicare. Si desea obtener más información, consulte la Sección 9.4

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

(*Qué sucede si se encuentra en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare*). Para obtener más información acerca de la cobertura de centros para enfermos terminales, consulte la sección de centros para enfermos terminales en el Capítulo 4 (*Cuadro de Beneficios Médicos [lo que está cubierto y lo que usted paga]*).

Las secciones siguientes describen la cobertura de sus medicamentos bajo las reglas de los beneficios de la Parte D del plan. La Sección 9, *Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales*, incluye más información sobre su cobertura de la Parte D y Original Medicare.

Sección 1.2 Normas básicas del plan sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte D

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

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que receta) que le emita una receta.
- El profesional que receta deberá aceptar Medicare, o bien presentar documentación a CMS en la que se demuestre que está calificado para emitir recetas médicas, o se le negará su reclamación de la Parte D. La próxima vez que se comunique o que vaya a una visita, debe preguntar a los profesionales que recetan si cumplen con esta condición. Si no lo hace, tenga en cuenta que lleva tiempo para que el profesional que receta envíe la documentación necesaria para que se procese.
- Generalmente, debe utilizar una farmacia de la red para surtir sus medicamentos recetados. (Consulte la Sección 2, *Surta sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o que está respaldado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2 Surta sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan**Sección 2.1 Para que su receta esté cubierta, 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

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

circunstancias en las que cubriremos los medicamentos recetados que se surtan en una farmacia fuera de la red).

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

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red**¿Cómo encontrar una farmacia de la red en su área?**

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.carefirst.com/medicare) o llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita resurtir un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar que un proveedor que le emita una receta nueva o que transfieran su receta a la nueva farmacia de la 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 figuran en el dorso de este cuadernillo) o puede utilizar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.carefirst.com/medicare.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

A veces, es necesario surtir los medicamentos recetados en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos para pacientes internados en un centro de atención de largo plazo (long-term care, LTC). Generalmente, un centro de LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si usted se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que usted pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, que normalmente es la farmacia que utiliza el centro de LTC. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para Miembros.
- Farmacias que prestan servicios al Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud Indígena Tribal/Urbano (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.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- Farmacias que dispensan medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) restringe a ciertas localidades, o que requieren un manejo especial, coordinación con el proveedor o instrucciones para su uso. (Nota: Estos casos no son comunes).

Para encontrar una farmacia especializada, búsquela en su *Directorio de farmacias* o llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).

Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios 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 de envío por correo son medicamentos que usted toma de manera regular, para una afección médica crónica o de largo plazo. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de envío por correo del plan están marcados con “NM” para indicar que no están disponibles por correo en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de envío por correo de nuestro plan le permite solicitar **un suministro para 90 días como máximo**.

Para obtener formularios de pedido e información acerca de cómo surtir sus medicamentos por correo, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).

Generalmente, un pedido de farmacia de envío por correo le llegará en un plazo de 10 a 15 días. En el improbable caso de que haya un retraso importante con el medicamento recetado de envío por correo, nuestro servicio de envío por correo trabajará con usted y con una farmacia de la red para proporcionarle un suministro temporal de su medicamento recetado de envío por correo.

Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente desde el consultorio de su médico.

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

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

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

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

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Si nunca ha utilizado nuestro servicio de envío por correo o decide detener el surtido automático de medicamentos de receta nueva, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de atención médica para ver si usted desea que el medicamento se surta y se envíe de inmediato. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluida la concentración, cantidad y forma) y, si es necesario, le permitirá anular o retrasar el pedido antes de que se le facture y se envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para hacerles saber qué hacer con la nueva receta médica y evitar cualquier retraso en el envío.

Para anular el servicio de entrega automática de medicamentos de recetas nuevas que se reciben directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).

Resurtido de medicamentos con envío por correo. Para el resurtido de sus medicamentos, 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 se comunicará con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que usted necesita más medicamentos, y usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene medicamentos suficientes o si su medicamento ha cambiado. Si decide no usar nuestro programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia entre 10 y 15 días antes de que crea que los medicamentos que tiene disponibles se acabarán, para asegurarse de que su próximo pedido sea enviado a tiempo.

Para anular el servicio de nuestro programa que automáticamente prepara resurtidos para envío por correo, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informar a la farmacia de qué manera puede comunicarse con usted. Llame a Servicios para Miembros o inicie sesión en su cuenta de www.carefirst.com/medicare para proporcionarnos su información de contacto preferida.

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

El plan cuenta con dos formas de obtener un suministro de largo plazo (también llamado “suministro extendido”) de los medicamentos de “mantenimiento” enumerados en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que usted toma con regularidad debido a una afección médica crónica o prolongada). Puede ordenar este suministro a través de un envío por correo (consulte la Sección 2.3) o puede ir a una farmacia minorista.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de farmacias* indica qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).
2. Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los **servicios de envío por correo** de la red del plan. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de envío por correo del plan están marcados con “NM” para indicar que no están disponibles por correo en nuestra Lista de medicamentos. El servicio de envío por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro para 90 días como máximo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre el uso de nuestros servicios de envío por correo.

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

Su receta puede tener cobertura en algunas circunstancias

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

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

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

En estos casos, **verifique primero con Servicios para Miembros** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros figuran en el dorso de este cuadernillo). Se le podría requerir que pague la diferencia entre lo que paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que nosotros cubrimos en una farmacia dentro de la red.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**¿Cómo solicitar un reembolso del plan?**

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general, tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar la parte normal que le corresponde del costo) cuando surta el medicamento recetado. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (En el Capítulo 7, Sección 2.1, se explica cómo solicitar al plan que le reembolse).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan

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

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

Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del plan.

Los medicamentos de la Lista de medicamentos son únicamente aquellos que cubre la Parte D de Medicare (antes en este capítulo, en la Sección 1.1, se explican los medicamentos de la Parte D).

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

- aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir, la Administración de Alimentos y Medicamentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o condición para la que fue recetado).
- -- o -- respaldado por ciertas referencias, tales como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

La Lista de medicamentos incluye tanto los medicamentos de marca como los genéricos.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. En general, funciona del mismo modo que el medicamento de marca y, a menudo, su costo es menor. Hay medicamentos genéricos disponibles como sustitutos para muchos medicamentos de marca.

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

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

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

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

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

- **Nivel 1 - Genéricos preferidos:** El Nivel 1 es el nivel más bajo e incluye medicamentos genéricos preferidos.
- **Nivel 2 - Genéricos:** El Nivel 2 incluye medicamentos genéricos.
- **Nivel 3 - De marca preferidos:** El Nivel 3 incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- **Nivel 4 - Medicamentos no preferidos:** El Nivel 4 incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- **Nivel 5 - Especializados:** El Nivel 5 es el nivel más alto. Incluye medicamentos genéricos y de marca de costos muy elevados, que también pueden requerir manejo especial o supervisión estricta.

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

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

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

Cuenta con tres maneras para averiguarlo:

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

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?
--

Para ciertos medicamentos recetados existen normas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para ayudar a nuestros miembros a utilizar los medicamentos del modo más efectivo. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos totales de los medicamentos, lo cual hace que la cobertura sea más asequible.

En general, nuestras normas le recomiendan que obtenga un medicamento que funcione para su afección, y que sea seguro y eficaz. Siempre que un medicamento seguro y de costo más bajo funcione médicamente tan bien como uno de costo alto, las reglas del plan están diseñadas para motivarlo a usted y a su proveedor a utilizar esa opción de costo más bajo. También necesitamos cumplir con las reglas y reglamentaciones de Medicare para la cobertura de medicamentos y la distribución de costos.

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. Si desea que eliminemos la restricción, usted deberá utilizar el proceso para decisiones de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o rechazar la eliminación de la restricción. (Consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones).

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto sucede porque se pueden aplicar diferentes restricciones o distribuciones de costos basados en factores tales como la concentración, cantidad o forma del medicamento recetado por el proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día o dos por día; tableta o líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones?
--

Nuestro plan utiliza diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a utilizar los medicamentos de la forma más efectiva. Las siguientes secciones le brindan más información sobre qué tipo de restricciones utilizamos para ciertos medicamentos.

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

Generalmente, un medicamento “genérico” funciona del mismo modo que un medicamento de marca y, por lo general, es menos costoso. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica.** Normalmente, no cubriremos el medicamento de marca si existe una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor médico nos ha informado la

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

razón médica por la cual ni un medicamento genérico ni otro medicamento cubierto que trate la misma afección funcionará para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

Obtener una aprobación por anticipado del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener aprobación del plan antes de que acordemos cubrirle un medicamento. A esto se le conoce como “**autorización previa**”. A veces, el requisito de obtener aprobación por anticipado ayuda a orientarlo sobre el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no sea cubierto por el plan.

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito lo incentiva a intentar con un medicamento menos costoso, pero igual de eficaz, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede exigirle que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no es efectivo para usted, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina “**terapia escalonada**”.

Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que usted puede tener al limitar qué tanto de un medicamento puede obtener cada vez que surte su medicamento recetado. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora por día de un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura para su receta a no más de una píldora por día.

Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?

La Lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones que se describen anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica al medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Si desea obtener la información más actualizada, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo) o visite nuestro sitio web (www.carefirst.com/medicare).

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. Si existe una restricción sobre el medicamento que quiere tomar, debe comunicarse con Servicios para Miembros para conocer qué necesita hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que eliminemos la restricción, usted deberá utilizar el proceso para decisiones de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o rechazar la eliminación de la restricción. (Consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones).

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto en la manera que le gustaría que estuviera cubierto?

Sección 5.1	Existen procedimientos que puede llevar a cabo si su medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría que estuviera cubierto
--------------------	---

Esperamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted. Sin embargo, es posible que exista un medicamento recetado que esté tomando actualmente, o uno que usted y su proveedor piensen que debería tomar y que no esté en nuestro formulario, o que sí esté, pero con restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no tenga ningún tipo de cobertura. O quizá esté cubierta una versión genérica del medicamento, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas y restricciones adicionales en la cobertura de ese medicamento. Como se explicó en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas adicionales que restringen su uso. Por ejemplo, se le podría exigir que pruebe primero un medicamento diferente, para ver si funciona, antes de que el medicamento que usted desea tomar tenga cobertura para usted. O puede limitarse la cantidad del medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que se cubre durante un período en particular. En algunos casos, tal vez desee que eliminemos la restricción.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de distribución de costos que hace que sea más costoso de lo que piensa que debería ser. El plan coloca cada medicamento cubierto en uno de los cinco niveles de distribución de costos diferentes. Lo que pague por su medicamento recetado depende, en parte, del nivel de distribución de costos en el que está su medicamento.

Existen procedimientos que puede llevar a cabo si su medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría que estuviera cubierto. Sus opciones dependen de qué tipo de problema tiene:

- Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si su medicamento está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber lo que puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de distribución de costos que hace que sea más costoso de lo que piensa que debería ser, consulte la Sección 5.3 para saber lo que puede hacer.

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o tiene algún tipo de restricción, puede hacer lo siguiente:

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento (únicamente los miembros en ciertas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto les dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o presentar una solicitud para que se cubra el medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando este no se encuentre en la Lista de medicamentos o cuando tenga alguna restricción. Esto le da tiempo a usted para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir qué debe hacer.

Para reunir los requisitos para recibir un suministro temporal, debe cumplir estos dos requisitos:

1. El cambio en la cobertura de su medicamento debe ser uno de los siguientes tipos de cambio:

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan.**
- O -- el medicamento que ha estado tomando **ahora está restringido de alguna manera** (en la Sección 4 de este capítulo se explican las restricciones).

2. Debe estar en una de las situaciones que se describen a continuación

- **Para aquellos miembros que son nuevos o que estuvieron en el plan el año pasado:**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si fuera nuevo, y durante los primeros 90 días del año calendario si estuvo en el plan el año pasado.** Este suministro temporal será, como máximo, un suministro para 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que surta el medicamento varias veces hasta llegar a un suministro máximo de medicamento para 30 días. El medicamento se debe surtir en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia del centro de atención de largo plazo puede entregar el medicamento en cantidades más pequeñas por vez para evitar el desperdicio).

- **Para aquellos miembros que han estado en el plan durante más de 90 días y viven en un centro de atención de largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un solo suministro de un medicamento en particular para 31 días, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es adicional a la situación de suministro temporal anterior.

- Si experimenta un cambio en su entorno de atención (como que le den el alta o lo admitan en un centro de atención de largo plazo), su médico o farmacia pueden solicitar un suministro temporal del medicamento. Este suministro temporal (para un máximo de 30 días) le dará tiempo para hablar con su médico sobre el cambio en la cobertura.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Para solicitar un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).

Mientras esté recibiendo el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué debe hacer cuando se termine el suministro temporal. Puede cambiar el medicamento por uno que cubra el plan o solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento que toma actualmente. Las secciones que figuran a continuación le brindan más información sobre estas opciones.

Puede cambiar de medicamento

Primero hable con su proveedor. Quizá existe un medicamento diferente que el plan cubre y que podría funcionar igual de bien para usted. Puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento con cobertura que pueda ser adecuado para usted. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros figuran en el dorso de este cuadernillo).

Puede solicitar una excepción

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

Si usted es un miembro actual y un medicamento que toma se retirará del formulario o se restringirá de alguna manera para el año próximo, le permitiremos solicitar una excepción al formulario por adelantado para el año próximo. Le indicaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el siguiente año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le responderemos en las siguientes 72 horas después de haber recibido su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigor.

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

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

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

Puede cambiar de medicamento

Si su medicamento se encuentra en un nivel de distribución de costos que considera demasiado alto, primero hable con su proveedor. Quizá exista un medicamento diferente en un nivel de

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

distribución de costos más bajo que podría funcionar igual de bien para usted. Puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento con cobertura que pueda ser adecuado para usted. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros figuran en el dorso de este cuadernillo).

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 ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

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

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

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

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

- **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Surgen nuevos medicamentos, incluidos nuevos medicamentos genéricos. Quizá el gobierno haya aprobado un uso nuevo para un medicamento existente. Algunas veces, un medicamento se retira del mercado y decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se descubre que no es eficaz.
- **Mover un medicamento a un nivel de distribución de costos más alto o más bajo.**
- **Agregar o eliminar una restricción a la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre restricciones a la cobertura, consulte la Sección 4 en este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

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

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. A continuación indicamos las situaciones en las que recibiría un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).

¿Los cambios en la cobertura de su medicamento lo afectan de inmediato?

Cambios que pueden afectarlo este año: En los siguientes casos, usted estará afectado por los cambios en la cobertura durante el año actual.

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de distribución de costos o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas).**
 - Podemos eliminar de manera inmediata un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento en el mismo nivel o en un nivel inferior de distribución de costos y con las mismas restricciones o con menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel superior de distribución de costos o agregar nuevas restricciones, o ambas.
 - Es posible que no le informemos con anticipación antes de hacer ese cambio, incluso si está tomando actualmente el medicamento de marca.
 - Usted o el profesional que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).
 - Si toma el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le brindaremos información sobre los cambios específicos que hayamos realizado. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- De vez en cuando, un medicamento puede ser retirado repentinamente porque se ha descubierto que no es seguro o se le retira del mercado por otro motivo. Si esto sucede, retiraremos el medicamento inmediatamente de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos de este cambio de inmediato.
- El profesional que receta también estará enterado de este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios a los medicamentos en la Lista de medicamentos**
 - Es posible que hagamos otros cambios una vez que el año haya comenzado y que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca, o cambiar el nivel de distribución de costos o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas. También podríamos realizar cambios basados en los recuadros de advertencia de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos darle un aviso sobre el cambio con al menos 30 días de anticipación o darle un aviso sobre el cambio y un resurtido para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
 - Después de que reciba el aviso del cambio, debe trabajar con el profesional que receta para cambiar a un medicamento diferente que cubramos.
 - O usted o el profesional que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Cambios en los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente toman el medicamento: Para los cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente, si actualmente está tomando el medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1 de enero del próximo año si permanece en el plan:

- Si cambiamos su medicamento a un nivel de distribución de costos más alto.
- Si ponemos una nueva restricción sobre el uso del medicamento.
- Si quitamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si se produce alguno de estos cambios para un medicamento que está tomando (pero no debido a un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplace un medicamento de marca u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del siguiente año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún incremento en lo que tiene que pagar, ni se agregará ninguna restricción al uso del medicamento. Este año no recibirá un aviso directo sobre cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, los cambios lo afectarán, y es importante consultar la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos sin cobertura
--

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

Si obtiene medicamentos excluidos, debe pagarlos usted mismo. No pagaremos por los medicamentos que se incluyen en esta sección. La única excepción: Si en una apelación se determina que el medicamento solicitado es un medicamento que no está excluido de la Parte D y que deberíamos haber pagado o cubierto debido a la situación específica de usted. (Si desea obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado con respecto a no cubrir un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9 de este cuadernillo).

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

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

Además, según la ley, estas categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare:

- Medicamentos sin receta médica (también conocidos como medicamentos de venta libre)
- Medicamentos que se usan para la fertilidad
- Medicamentos 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 usados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante busca exigir que las pruebas o los servicios de monitoreo asociados se compren exclusivamente al fabricante como condición de venta

Si usted 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 Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta una receta médica

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía

Para surtir su medicamento recetado, muestre su tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando muestre su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red le facturará automáticamente al plan por *nuestra* parte del costo de su medicamento recetado cubierto. Usted deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja su medicamento recetado.

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

Si no tiene consigo su tarjeta de membresía de su plan cuando surta su medicamento recetado, pida a la farmacia que se comunique con el plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo recoja**. (Después puede **solicitar** que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

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

Si se le admite en un hospital o un centro de enfermería especializada con una estancia cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estancia.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Cuando salga del hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando el medicamento cumpla con todas nuestras reglas de cobertura. Consulte las partes previas de esta sección que indican las reglas para obtener cobertura de medicamentos. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) brinda más información acerca de la cobertura de medicamentos y lo que usted debe pagar.

Tenga en cuenta lo siguiente: Cuando ingrese, viva en o salga de un centro de enfermería especializada, tiene derecho a un Período de inscripción especial. Durante este período, puede cambiar de plan o cambiar su cobertura. (El Capítulo 10, *Finalización de su membresía en el plan*, le informa cuándo puede dejar nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare diferente).

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

Generalmente, un centro de atención de largo plazo (LTC) (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia o una farmacia que surte los medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de atención de largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro siempre y cuando esta forme parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de atención de largo plazo es parte de nuestra red. Si no lo fuera, o si necesita más información, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).

¿Qué ocurre si es un residente de un centro de atención de largo plazo (LTC) y pasa a ser un nuevo miembro del plan?

Si usted necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será para un máximo de 31 días o menos si su receta es para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia del centro de atención de largo plazo [LTC] puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas por vez para evitar el desperdicio). Si usted ha sido miembro del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o si el plan tiene alguna restricción con respecto a la cobertura del medicamento, cubriremos un solo suministro para 31 días, o menos si su receta es para menos días.

Mientras esté recibiendo el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué debe hacer cuando se termine el suministro temporal. Quizá existe un medicamento diferente que el plan cubre y que podría funcionar igual de bien para usted. O usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera en que le gustaría que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se indica lo que debe hacer.

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

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

En general, si actualmente está empleado, la cobertura para medicamentos recetados que obtendrá de nosotros será *secundaria* a la cobertura del empleador o del grupo de jubilados. Eso significa que la cobertura de grupo pagaría primero.

Aviso especial sobre la “cobertura acreditable”:

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

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

Conserve estos avisos sobre cobertura acreditable, ya que puede necesitarlos 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 por parte del plan de su empleador o de su grupo de jubilados, puede obtener una copia del administrador de beneficios del plan de jubilados o empleador, o del empleador o el sindicato.

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

Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro para enfermos terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un centro para enfermos terminales de Medicare y necesita medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos que el centro para enfermos terminales no cubre porque no se relacionan con su enfermedad terminal y las condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir un aviso, ya sea del profesional que receta o de su proveedor de atención para enfermos terminales, en el que se explique que el medicamento no está relacionado, antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de cualquier medicamento no relacionado que debería cubrir nuestro plan, puede pedirle a su proveedor de atención para enfermos terminales o al profesional que receta que se asegure de que tengamos el aviso en el que se explica que el medicamento no está relacionado con su enfermedad antes de que usted solicite a una farmacia que surta su medicamento.

Si usted revocara su elección del centro para enfermos terminales o si le dieran el alta de dicho centro, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando finalicen sus beneficios del centro para enfermos terminales de Medicare, debe llevar su

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

documentación a la farmacia para que verifiquen su revocación o el alta. Consulte los párrafos anteriores de esta sección que informan acerca de las reglas para obtener la cobertura de medicamentos según la Parte D. En el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) se ofrece más información acerca de la cobertura de medicamentos y lo que usted debe pagar.

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

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

Hacemos revisiones sobre el uso de los medicamentos para nuestros miembros a fin de garantizar que estén recibiendo una atención segura y apropiada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta medicamentos.

Hacemos una revisión cada vez que usted surte un medicamento. 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 para tratar la misma afección médica;
- medicamentos que pueden no ser seguros ni apropiados debido a su edad o sexo;
- ciertas combinaciones de medicamentos que podrían afectarlo si los toma al mismo tiempo;
- recetas médicas 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 (Drug Management Program, DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen de manera segura sus medicamentos opiáceos con receta u otros medicamentos que con frecuencia se abusan. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos opiáceos que recibe de varios médicos o farmacias, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opiáceos sea apropiado

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

y médicamente necesario. Si, al trabajar conjuntamente con sus médicos, decidimos que su uso de opiáceos o benzodiazepinas recetados no es seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden ser:

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

Si creemos que una o más de estas limitaciones deberían aplicarse a usted, le enviaremos una carta por adelantado. La carta tendrá información que explique las limitaciones que creemos deberían aplicarse a usted. Usted también tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar y acerca de cualquier otra información que considere importante que nosotros sepamos. Después de haber tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación de que usted está en riesgo de uso indebido de medicamentos recetados o con la limitación, usted y su médico tienen derecho a solicitarnos una apelación. Si elige apelar, revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si continuamos negando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

Es posible que el programa DMP no se aplique en su caso si tiene determinadas afecciones médicas, como cáncer; si está recibiendo atención para enfermos terminales, cuidados paliativos o atención para el final de la vida; o si vive en un centro de atención de largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Administración de la Terapia con Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos
--

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades médicas complejas.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama Administración de la Terapia con Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM).

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y cuyos costos en medicamentos son elevados podrían obtener servicios a través del programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le proporcionará un análisis integral de todos sus medicamentos. Ustedes pueden conversar sobre cuál es la mejor manera de tomar sus medicamentos, sus costos o cualquier problema o pregunta que usted tenga acerca de su medicamento recetado y los medicamentos de venta libre. Usted obtendrá un resumen escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que puede hacer para usar

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

de manera óptima sus medicamentos, con espacio para que haga sus anotaciones o escriba cualquier pregunta de seguimiento que tenga. También obtendrá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que tome y el motivo por el que los toma.

Es una buena idea programar su revisión de los medicamentos antes de su “Visita de bienestar” anual para que usted pueda hablar con su médico sobre el plan de acción y la lista de medicamentos. Lleve consigo el plan de acción y la lista de medicamentos a su visita o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, tenga con usted su lista de medicamentos (por ejemplo, junto con su documento de identificación) en caso de que tenga que ir al hospital o a la sala de emergencias.

Si contamos con un programa acorde a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).

CAPÍTULO 6

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

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción	140
Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos	140
Sección 1.2	Tipos de gastos de bolsillo que posiblemente tenga que pagar por sus medicamentos cubiertos	141
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que se encuentre cuando reciba el medicamento.	141
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core?	141
SECCIÓN 3	Le enviaremos informes para explicarle los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra	142
Sección 3.1	Le enviaremos un informe mensual llamado “Explicación de Beneficios de la Parte D” (la “EOB de la Parte D”)	142
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de medicamentos	143
SECCIÓN 4	No hay deducible para CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core	144
Sección 4.1	Usted no tiene que pagar un deducible por los medicamentos de la Parte D	144
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos y usted paga la suya	145
Sección 5.1	Lo que paga por un medicamento depende del medicamento recetado y de dónde lo surte	145
Sección 5.2	Una tabla en la que se muestran sus costos para un suministro de <i>un mes</i> de un medicamento	146
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	148
Sección 5.4	Una tabla en la que se muestran sus costos para un suministro de <i>largo plazo</i> (para hasta 90 días) de un medicamento	148
Sección 5.5	Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos totales en medicamentos durante el año alcancen los \$4,130	149

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 6	Durante la Etapa sin cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga no más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos	150
Sección 6.1	Usted permanecerá en la Etapa sin cobertura hasta que sus gastos de bolsillo alcancen los \$6,550	150
Sección 6.2	Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo de los medicamentos recetados	151
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura en caso de catástrofe, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos	153
Sección 7.1	Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura en caso de catástrofe, permanecerá en esta etapa por el resto del año	153
SECCIÓN 8	Lo que usted paga por las vacunas que cubre la Parte D depende de cómo y dónde las obtenga	153
Sección 8.1	Nuestro plan puede tener cobertura separada para el medicamento en sí de las vacunas de la Parte D y para el costo de administrarle las vacunas	153
Sección 8.2	Le recomendamos que se comunique con Servicios para Miembros antes de recibir una vacuna	155

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

**¿Sabía que existen programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos?**

Existen programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen “Ayuda Adicional” (Extra Help) y los Programas estatales de asistencia farmacéutica. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

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

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

Para entender la información de pago que le brindamos en este capítulo, debe saber lo básico sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus medicamentos recetados y qué normas debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. Estos materiales explican los aspectos básicos:

- **La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan.*** Para simplificar, la llamamos la “Lista de medicamentos”.
 - Esta Lista de medicamentos le informa qué medicamentos están cubiertos.
 - También indica en cuál de los cinco “niveles de distribución de costos” está el medicamento y si hay alguna restricción en la cobertura del medicamento para usted.
 - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en www.carefirst.com/medicare. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- **Capítulo 5 de este cuadernillo.** El Capítulo 5 le da detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados, incluidas las reglas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también le informa sobre los tipos de medicamentos recetados que nuestro plan no cubre.
- **El Directorio de farmacias del plan.** En la mayoría de las situaciones, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (consulte el Capítulo 5 para obtener detalles). El Directorio de farmacias tiene una lista de farmacias que se encuentran en la red del plan. También le indica qué farmacias de nuestra red pueden darle un suministro de largo plazo de un medicamento (como surtir un medicamento recetado para un suministro de tres meses).

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

Para entender la información que le damos sobre los pagos en este capítulo, necesita conocer los tipos de gastos de bolsillo que posiblemente tenga que pagar por los servicios cubiertos. El monto que usted paga por un medicamento se denomina “distribución de costos”, y hay tres maneras en las que se le puede solicitar el pago.

- El “**deducible**” es el monto que usted debe pagar por medicamentos antes de que nuestro plan empiece a pagar la parte que le corresponde.
- “**Copago**” significa que usted paga un monto fijo cada vez que surte un medicamento recetado.
- “**Coseguro**” significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte un medicamento recetado.

SECCIÓN 2 **Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que se encuentre cuando reciba el medicamento.**

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

Tal como se muestra en el siguiente cuadro, existen “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos recetados en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core. Cuánto paga por un medicamento depende de la etapa en que esté al momento en que surta o resurta un medicamento recetado. Tenga presente que usted es siempre responsable del pago de la prima mensual del plan, independientemente de la etapa de pago del medicamento.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Etapa 1 <i>Etapa de deducible anual</i>	Etapa 2 <i>Etapa de cobertura inicial</i>	Etapa 3 <i>Etapa sin cobertura</i>	Etapa 4 <i>Etapa de cobertura en caso de catástrofe</i>
Debido a que no hay deducible para el plan, esta etapa de pago no se aplica a usted.	<p>Usted comienza en esta etapa cuando surte su primer medicamento recetado del año.</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus “gastos totales en medicamentos” del año hasta la fecha (sus pagos más los pagos del plan de la Parte D) sumen \$ 4,130.</p> <p>(Los detalles se encuentran en la Sección 5 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, usted paga el 25% del precio por medicamentos de marca (más una parte de la tarifa de preparación) y 25% del precio por medicamentos genéricos.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus “gastos de bolsillo” del año hasta la fecha (sus pagos) alcancen un total de \$6,550. Medicare ha establecido este monto y las normas para llegar a dicho monto.</p> <p>(Los detalles se encuentran en la Sección 6 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2021).</p> <p>(Los detalles se encuentran en la Sección 7 de este capítulo).</p>

SECCIÓN 3 Le enviaremos informes para explicarle los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra**Sección 3.1 Le enviaremos un informe mensual llamado “Explicación de Beneficios de la Parte D” (la “EOB de la Parte D”)**

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

- Llevamos un control de cuánto ha pagado usted. Esto se conoce como sus gastos **“de bolsillo”**.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- Llevamos un registro de sus “**gastos totales en medicamentos**”. Esta es la cantidad que usted paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre, más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un informe por escrito denominado *Explicación de Beneficios de la Parte D* (a veces se denomina “EOB de la Parte D”) cuando usted haya surtido uno o más medicamentos recetados a través del plan durante los meses anteriores. En la EOB de la Parte D se proporciona más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos en el precio y otros medicamentos con una menor distribución de costos que puedan estar disponibles. Usted debe consultar al profesional que receta sobre estas opciones de menor costo. El informe incluye:

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

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

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

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando surta un medicamento recetado.** Para asegurarse de que sepamos acerca de los medicamentos recetados que surte y lo que está pagando, muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que surta un medicamento recetado.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Habrá momentos en que es posible que usted pague por medicamentos recetados y no obtengamos automáticamente la información que necesitamos para llevar un control de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un control de sus gastos de bolsillo, puede darnos copias de sus recibos de los medicamentos que ha comprado. (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 de este cuadernillo). Aquí presentamos algunos tipos de situaciones en las que le aconsejamos que nos proporcione copias de sus recibos de medicamentos para estar seguros de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- 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.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros han realizado por usted.** Los pagos realizados por algunas otras personas y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo y lo ayudan a calificar para la etapa de cobertura en caso de catástrofe. Por ejemplo, los pagos que efectúa un Programa estatal de asistencia farmacéutica, un programa de asistencia de medicamentos para el AIDS (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones de beneficencia cuentan para sus gastos de bolsillo. Le recomendamos que lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba una *Explicación de Beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”) por correo, revísela para asegurarse de que la información esté completa y correcta. Si cree que falta algo en el informe o si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo). Asegúrese de conservar estos informes. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

SECCIÓN 4 No hay deducible para CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core

Sección 4.1 Usted no tiene que pagar un deducible por los medicamentos de la Parte D

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

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

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

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

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga la suya (el monto de su copago o coseguro). La parte del costo que pague variará según el medicamento recetado y dónde lo surta.

El plan tiene cinco niveles de distribución de costos

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

- **Nivel 1 - Genéricos preferidos:** El Nivel 1 es el nivel más bajo e incluye medicamentos genéricos preferidos.
- **Nivel 2 - Genéricos:** El Nivel 2 incluye medicamentos genéricos.
- **Nivel 3 - De marca preferidos:** El Nivel 3 incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- **Nivel 4 - Medicamentos no preferidos:** El Nivel 4 incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- **Nivel 5 - Especializados:** El Nivel 5 es el nivel más alto. Incluye medicamentos genéricos y de marca de costos muy elevados, que también pueden requerir manejo especial o supervisión estricta.

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

Sus opciones en cuanto a farmacias

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

- una farmacia minorista dentro de la red de nuestro plan;
- una farmacia que no pertenece a la red del plan;
- la farmacia de envío por correo del plan.

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

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

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

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

- **“Copago”** significa que usted paga un monto fijo cada vez que surte un medicamento recetado.
- **“Coseguro”** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte un medicamento recetado.

Como se muestra en la siguiente tabla, el monto del copago o del coseguro depende del nivel de distribución de costos en el que esté su medicamento. Tenga en cuenta lo siguiente:

- Si el costo del medicamento cubierto es más bajo que el monto del copago que aparece en la tabla, usted pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted paga *ya sea* el precio completo del medicamento *o* el monto del copago, *lo que sea menor*.
- Cubrimos medicamentos recetados que se surten en farmacias que no pertenecen a la red únicamente en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento recetado que surtió en una farmacia fuera de la red.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

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

	Distribución de costos en farmacias minoristas estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos en farmacias de envío por correo (suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos en farmacias de centros de atención de largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Distribución de costos en farmacias fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para más información). (suministro de hasta 30 días)
Nivel 1 de distribución de costos (Genéricos preferidos)	\$7 de copago	\$7 de copago	\$7 de copago	\$7 de copago
Nivel 2 de distribución de costos (Genéricos)	\$20 de copago	\$20 de copago	\$20 de copago	\$20 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 (Medicamentos no preferidos)	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago
Nivel 5 de distribución de costos (Especializados)	33% del costo	33% del costo	33% del costo	33% del costo

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D**Sección 5.3 Si su médico le receta menos del suministro de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro de todo el mes**

Por lo general, el monto que usted paga por un medicamento recetado cubre un suministro para un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico le puede recetar un suministro de un medicamento para menos de un mes. Es posible que haya momentos en que quiera solicitar a su médico que le recete un suministro para menos de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez y se sabe que este tiene efectos secundarios graves). Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, no tendrá que pagar el suministro para el mes completo para ciertos medicamentos.

El monto que paga cuando obtiene un suministro para menos de un mes completo dependerá de si usted debe pagar un coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (un monto fijo en dólares).

- Si debe pagar un coseguro, usted paga un porcentaje del costo total del medicamento. Paga el mismo porcentaje independientemente de que la receta médica sea para un suministro de un mes completo o para menos días. Sin embargo, debido a que el costo total del medicamento será más bajo si obtiene un suministro para menos de un mes completo, el monto que usted paga será menor.
- Si debe pagar un copago por el medicamento, su copago estará basado en la cantidad de días que reciba del medicamento. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (la “tasa diaria de distribución de costos”) y lo multiplicamos por el número de días que recibe de medicamento.
 - Por ejemplo: Digamos que el copago de su medicamento por el suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es de \$30. Esto significa que el monto que paga por su medicamento es de \$1 por día. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será de \$1 diario multiplicado por 7 días, que es un pago total de \$7.

La distribución de costos diaria le permite asegurarse de que un medicamento funcione para usted antes de que tenga que pagar un suministro para un mes completo. También puede solicitarle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, un suministro de uno o varios medicamentos para menos de un mes completo, si esto lo ayuda a planificar mejor la fecha de resurtido para diferentes medicamentos recetados, de manera que deba ir menos veces a la farmacia. El monto que usted paga dependerá de cuántos días de suministro reciba.

Sección 5.4 Una tabla en la que se muestran sus costos para un suministro de largo plazo (para hasta 90 días) de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro de largo plazo (también conocido como “suministro extendido”) cuando surta su medicamento recetado. Un suministro de largo plazo es un suministro de hasta 90 días. (Si desea obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5).

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

En la siguiente tabla se muestra lo que usted paga cuando obtiene un suministro de largo plazo (de hasta 90 días) de un medicamento.

- Tenga en cuenta lo siguiente: Si el costo del medicamento cubierto es más bajo que el monto del copago que aparece en la tabla, usted pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted paga *ya sea* el precio completo del medicamento *o* el monto del copago, *lo que sea menor*.

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

	Distribución de costos en farmacias minoristas estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	Distribución de costos en farmacias de envío por correo (suministro de hasta 90 días)
Nivel 1 de distribución de costos (Genéricos preferidos)	\$21 de copago	\$14 de copago
Nivel 2 de distribución de costos (Genéricos)	\$60 de copago	\$40 de copago
Nivel 3 de distribución de costos (De marca preferidos)	\$141 de copago	\$94 de copago
Nivel 4 de distribución de costos (De marca no preferidos)	\$300 de copago	\$200 de copago
Nivel 5 de distribución de costos (Especializados)	El surtido de largo plazo no se encuentra disponible para medicamentos en el Nivel 5.	El surtido de largo plazo no se encuentra disponible para medicamentos en el Nivel 5.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos totales en medicamentos durante el año alcancen los \$4,130

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total por los medicamentos recetados que le han surtido y resurtido alcance el **límite de \$4,130 para la Etapa de cobertura inicial**.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

El gasto total en medicamentos se basa en sumar lo que usted y cualquier plan de la Parte D hayan pagado:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha obtenido desde que empezó con su primera compra de medicamentos del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo). Esto incluye:
 - El total que usted pagó por la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial.
- **Lo que el plan ha pagado** por la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial. (Si estaba inscrito en un plan de la Parte D diferente en algún momento durante el 2021, el monto que dicho plan pagó durante la Etapa de cobertura inicial también cuenta para sus gastos totales en medicamentos).

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos lo ayudará a llevar un control de lo que pagaron usted y el plan, así como cualquier tercero en su nombre, durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$4,130 en un año.

Le informaremos si alcanza el monto de \$4,130. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa sin cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa sin cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga no más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos

Sección 6.1 Usted permanecerá en la Etapa sin cobertura hasta que sus gastos de bolsillo alcancen los \$6,550
--

Cuando está en la Etapa sin cobertura, el Programa de descuentos durante la Etapa sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en los medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de preparación para los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante se contabilizan para sus gastos de bolsillo como si usted hubiera pagado ambos montos, y esto lo ayuda a avanzar dentro de la etapa sin cobertura.

También recibe cierta cobertura para medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos, y el plan paga el resto. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (75%) no se tiene en cuenta para sus gastos de bolsillo. Solamente el monto que usted pague se tiene en cuenta, y esto lo ayuda a avanzar dentro de la etapa sin cobertura.

Usted continúa pagando el precio con descuento de los medicamentos de marca y no más del 25% del costo de los medicamentos genéricos hasta que sus gastos de bolsillo anuales alcancen un monto máximo establecido por Medicare. En 2021, dicho monto será de \$6,550.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Medicare cuenta con normas acerca de lo que se considera y no se considera como gastos de bolsillo. Cuando alcance un límite de gastos de bolsillo de \$6,550, usted saldrá de la Etapa sin cobertura y pasará a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe.

Sección 6.2	Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo de los medicamentos recetados
--------------------	---

Estas son las reglas de Medicare que debemos seguir cuando llevamos un control de sus gastos de bolsillo por sus medicamentos.

Estos pagos están incluidos en sus gastos de bolsillo

Cuando sume sus gastos de bolsillo, **usted puede incluir** 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 de este cuadernillo):

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

Importa quién paga:

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

Paso a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya gastado un total de \$6,550 de gastos de bolsillo dentro del año calendario, usted pasará de la Etapa sin cobertura a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo

Cuando sume sus gastos de bolsillo, usted **no está autorizado a incluir** ninguno de estos tipos de pagos por medicamentos recetados:

- El monto que paga por su prima mensual.
- Los medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplan con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no sean de la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos que Medicare excluye de la cobertura.
- Los pagos que realiza por medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Los pagos que realiza el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras está en la Etapa sin cobertura.
- Los pagos que realizan los planes de salud colectivos por sus medicamentos, incluidos los planes de salud del empleador.
- Los pagos que realizan ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, tales como TRICARE y Asuntos de Veteranos, por sus medicamentos.
- Los pagos por sus medicamentos que realizan terceros con una obligación legal de pagar los costos de medicamentos recetados (por ejemplo, Compensación a los trabajadores).

Recordatorio: Si alguna otra organización como las enumeradas anteriormente paga parte o todos sus gastos de bolsillo por medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan. Comuníquese con Servicios para Miembros para informarnos (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).

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

- **Lo ayudaremos.** En el informe *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos se incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo. (En la Sección 3 de este capítulo se proporciona información sobre este informe). Cuando alcance un total de \$6,550 en gastos de bolsillo para el año, este informe le dirá que ha dejado la Etapa sin cobertura y que ha pasado a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Sección 7.1 Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura en caso de catástrofe, permanecerá en esta etapa por el resto del año

Usted reúne los requisitos para la Etapa de cobertura en caso de catástrofe cuando sus gastos de bolsillo hayan alcanzado el límite de \$6,550 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura en caso de catástrofe, permanecerá en esta etapa por lo que resta del año calendario.

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

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, el monto que sea *mayor*:
 - – *ya sea* – un coseguro del 5% del costo del medicamento
 - – *o* – \$3.70 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$9.20 por todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto del costo.**

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas que cubre la Parte D depende de cómo y dónde las obtenga

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener cobertura separada para el medicamento en sí de las vacunas de la Parte D y para el costo de administrarle las vacunas

Nuestro plan proporciona cobertura para una serie de vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Puede encontrar información sobre la cobertura de estas vacunas en el Cuadro de Beneficios Médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

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

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

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

¿Cuánto debe pagar por una vacuna de la Parte D?

Lo que debe pagar por una vacuna de la Parte D depende de tres cosas:

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

- Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede encontrar información sobre la cobertura de estas vacunas en el Capítulo 4, *Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.

2. Dónde obtiene el medicamento de la vacuna.**3. Quién le aplica la vacuna.**

Lo que paga en el momento que recibe la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias. Por ejemplo:

- Algunas veces, cuando reciba la vacuna, deberá pagar el costo total tanto del medicamento de la vacuna como el de su aplicación. Puede solicitar a nuestro plan que le reembolse la parte que nos corresponde pagar del costo.
- Otras veces, cuando reciba el medicamento de la vacuna o la vacuna, usted pagará únicamente su parte del costo.

Para mostrar cómo funciona, a continuación se presentan tres maneras habituales en las que podría recibir una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluida su administración) durante la Etapa sin cobertura de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y recibe su vacuna en la farmacia de la red. (Esta opción depende de dónde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren una vacuna).

- Deberá pagarle a la farmacia el monto de su copago por la vacuna y el costo por aplicarle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando recibe la vacuna, usted paga el costo total de la vacuna y de su administración.
- Luego puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este cuadernillo (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos*).
- Se le reembolsará el monto que pagó menos el copago normal por la vacuna (incluida la administración), menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda Adicional” [Extra Help], le reembolsaremos esta diferencia).

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

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

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

Sección 8.2 Le recomendamos que se comunique con Servicios para Miembros antes de recibir una vacuna
--

Las reglas para la cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudar. Recomendamos que se comunique primero con Servicios para Miembros cuando planea recibir una vacuna. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros figuran en el dorso de este cuadernillo).

- Le podemos indicar cómo cubre nuestro plan su vacuna y explicarle su parte del costo.
- Le podemos indicar cómo mantener bajo su propio costo si utiliza proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede utilizar una farmacia y un proveedor de la red, podemos indicarle lo que necesita hacer para que le paguemos nuestra parte del costo.

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

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	158
Sección 1.1	Si usted paga la parte del costo que le corresponde pagar a nuestro plan por sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago	158
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que usted ha recibido	160
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago	160
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos sí o no	161
Sección 3.1	Verificamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto adeudamos	161
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	162
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las que usted debería guardar sus recibos y enviarnos copias	162
Sección 4.1	En algunos casos, nos debería enviar copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de bolsillo por medicamentos	162

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****Sección 1.1 Si usted paga la parte del costo que le corresponde pagar a nuestro plan por sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago**

En algunas ocasiones, cuando reciba atención médica o adquiera un medicamento recetado, deberá pagar el costo total. Otras veces, podrá observar que ha pagado más de lo esperado según las normas de cobertura del plan. En ambos casos, puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva el dinero (devolverle el dinero a menudo se denomina “reembolsarle”). Usted tiene derecho a que nuestro plan le devuelva el dinero cuando ha pagado más de lo que le corresponde de su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan.

También puede suceder que a veces usted reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió. En la mayoría de los casos, debería enviarnos dicha factura en vez de pagarla usted mismo. Evaluaremos la factura y decidiremos si corresponde que cubramos los servicios. Si decidimos que debemos pagar, le pagaremos directamente al proveedor.

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

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

Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, sea o no parte de nuestra red. Cuando recibe servicios de emergencia o servicios que se necesitan con urgencia de un proveedor que no forma parte de nuestra red, usted solo es responsable de pagar la parte del costo que le corresponde, y no la totalidad. Debe pedir al proveedor que facture al plan nuestra parte del costo.

- Si usted paga la totalidad del monto en el momento en que recibe la atención, tendrá que solicitarnos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con cualquier documentación que indique lo que usted ha pagado.
- En ciertas ocasiones, puede recibir una factura de un proveedor que le solicita un pago que usted considera que no es su deuda. Envíenos esta factura junto con cualquier documentación que indique que usted ya ha pagado.
 - Si se le debe algo al proveedor, se lo pagaremos directamente.
 - Si usted ya ha pagado más de lo que le corresponde de su parte del costo por el servicio, determinaremos cuánto debía pagar y le reembolsaremos la parte del costo que nos corresponde pagar.

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

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarle directamente al plan y pedirle a usted solo la parte del costo que le corresponde. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo tiene que pagar el monto de su distribución de costos cuando recibe servicios que están cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, lo que se conoce como “facturación de saldo”. Esta protección (de que usted nunca paga más de su monto de distribución de costos) aplica aun si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio, e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Para obtener más información sobre la “facturación de saldo”, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 4.
- Siempre que usted reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor para resolver el problema de facturación.
- Si usted ya pagó la factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de todo pago que haya realizado y solicítenos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debería haber pagado según nuestro plan.

3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. La fecha de inscripción puede incluso haber sido el año anterior).

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

Llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso y los plazos para presentar la solicitud. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros figuran en el dorso de este cuadernillo).

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

Si usted acude a una farmacia fuera de la red e intenta utilizar su tarjeta de membresía para que le surtan un medicamento recetado, es posible que la farmacia no pueda presentarnos directamente la reclamación. Cuando esto ocurra, usted deberá pagar el costo total de su medicamento recetado. (Solo cubrimos medicamentos recetados surtidos en farmacias fuera de la red en algunos casos especiales. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información).

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

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

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

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

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

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

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

Todos los ejemplos mencionados anteriormente son tipos de decisiones de cobertura. Esto quiere decir que, si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este cuadernillo (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) contiene información acerca de cómo presentar una apelación.

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

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago junto con la factura y la documentación de cualquier pago que usted haya efectuado. Se recomienda que haga una copia de su factura y los recibos a modo de registro.

Para reclamaciones médicas:

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

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage

P.O. Box 3236

Scranton, PA 18505

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

Debe enviarnos su reclamación dentro de *un año* a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento de la Parte B.

Para reclamaciones de medicamentos recetados de la Parte D:

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

- No tiene que utilizar el formulario, pero este nos ayudará a procesar la información más rápidamente.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.carefirst.com/medicare) o llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros figuran en el dorso de este cuadernillo).

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

CVS Caremark Medicare Part D Claims Processing
P.O. Box 52000
Phoenix, AZ 85072-2000

Debe enviarnos su reclamación dentro de los tres (3) años a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento de la Parte D.

Comúníquese con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo). Si usted no sabe el monto que tenía que haber pagado o si recibe facturas y no sabe lo que debe hacer con ellas, podemos ayudarlo. Además, puede llamar si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

SECCIÓN 3 Consideraremos su 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 para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos el reembolso de nuestra parte del costo por correo postal. Si todavía no ha pagado el servicio o medicamento, enviaremos el pago por correo postal directamente al proveedor. (En el Capítulo 3 se explican las reglas que debe seguir para obtener cobertura de sus servicios médicos. En el Capítulo 5 se explican las reglas que debe seguir para obtener cobertura de sus medicamentos recetados de la Parte D).

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

- 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. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se explican las razones por las que no enviaremos el pago que solicitó 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 no está de acuerdo 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.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este cuadernillo (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si no tiene experiencia en presentar apelaciones, es importante que empiece por leer la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una sección de introducción que explica el proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones y proporciona las definiciones de términos tales como “apelación”. Luego, después de haber leído la Sección 4, puede consultar la sección del Capítulo 9 que indica qué hacer en su situación:

- Si desea presentar una apelación sobre cómo recibir la devolución de un pago por un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación sobre cómo recibir la devolución de un pago por un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que usted debería guardar sus recibos y enviarnos copias

Sección 4.1 En algunos casos, nos debería enviar copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de bolsillo por medicamentos

Existen algunas situaciones en las que debería informarnos de los pagos que realizó por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando el pago. En cambio, usted nos informa de los pagos que realizó a fin de que podamos calcular correctamente sus gastos de bolsillo. Esto puede ayudarlo a reunir los requisitos para la Etapa de cobertura en caso de catástrofe con mayor rapidez.

Estas son dos situaciones en las que debería enviarnos las copias de los recibos para informarnos de los pagos que realizó por sus medicamentos:

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

1. Cuando compre el medicamento a un precio más bajo que nuestro precio

A veces, cuando se encuentra en la Etapa sin cobertura, puede adquirir su medicamento **en una farmacia de la red** a un precio que es menor que nuestro precio.

- Por ejemplo, una farmacia puede ofrecer un precio especial sobre un medicamento. O, usted tal vez posea una tarjeta de descuento, ajena a nuestro beneficio, que ofrece un precio menor.
- Salvo que se apliquen condiciones especiales, usted debe utilizar una farmacia de la red en estos casos, y el medicamento debe estar incluido en nuestra Lista de medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos contabilizar sus gastos de bolsillo a fin de que lo ayuden a cumplir con los requisitos para la Etapa de cobertura en caso de catástrofe.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Si está en la Etapa sin cobertura, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Sin embargo, si nos envía una copia del recibo, podemos calcular correctamente sus gastos de bolsillo y ayudarlo a reunir los requisitos para la Etapa de cobertura en caso de catástrofe con mayor rapidez.

2. Cuando obtenga un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos

Algunos miembros se inscriben en un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos ajeno a los beneficios del plan. Si usted adquiere cualquier medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos contabilizar sus gastos de bolsillo a fin de que lo ayuden a cumplir con los requisitos para la Etapa de cobertura en caso de catástrofe.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Debido a que usted obtiene su medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no mediante los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Sin embargo, si nos envía una copia del recibo, podemos calcular correctamente sus gastos de bolsillo y ayudarlo a reunir los requisitos para la Etapa de cobertura en caso de catástrofe con mayor rapidez.

Debido a que en las dos situaciones anteriores usted no está solicitando un pago, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, aunque no esté de acuerdo con nuestra decisión, no podrá presentar una apelación.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan	166
Sección 1.1	We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.) Debemos brindar información de una manera que sea apropiada para usted (en otros idiomas además del inglés, en braille, en letra grande o en formatos alternativos, etc.)	166
Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que usted obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos	167
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud	167
Sección 1.4	Debemos proporcionarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos	177
Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención	179
Sección 1.6	Tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado	181
Sección 1.7	¿Qué puede hacer si considera que se le está tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos?	181
Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos	182
SECCIÓN 2	Usted tiene responsabilidades como miembro del plan	182
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	182

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan**

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

To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. We can also give you information in braille, large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call Member Services (phone numbers are on the back cover of this booklet) to file a grievance with CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Appeals and Grievances, P.O. Box 3626, Scranton, PA 18505. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact Member Services (phone numbers are on the back cover of this booklet) for additional information.

Para obtener información de nuestra parte de una manera que sea apropiada para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

Nuestro plan cuenta con servicios de intérpretes gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros discapacitados y de aquellos que no hablan inglés. También podemos brindarle información en sistema en letra grande, o en formatos alternativos de forma gratuita si lo requiere. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nuestra parte de una manera que sea apropiada para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

Si tiene dificultades para acceder a la información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo) para presentar una queja ante CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Appeals and Grievances, P.O. Box 3626, Scranton, PA 18505. También puede presentar una queja con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o puede presentarla directamente en la Oficina de Derechos Civiles. La

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

información de contacto está incluida en esta Evidencia de cobertura o con este correo, o puede comunicarse al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo) para acceder a información adicional.

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

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan para que le suministre y coordine los servicios cubiertos (en el Capítulo 3 se explica más sobre este tema). Comuníquese con Servicios para Miembros para saber qué médicos están aceptando nuevos pacientes (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo). Usted también tiene derecho a visitar un especialista en salud para la mujer (como un ginecólogo) sin una remisión.

Como miembro del plan, usted tiene derecho a citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de especialistas cuando necesita esa atención. Usted también tiene derecho a surtir o resurtir sus medicamentos recetados en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin largas demoras.

Si considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, en la Sección 10 del Capítulo 9 de este cuadernillo se le informa qué puede hacer. (Si le hemos negado la cobertura para su atención médica o sus medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, en la Sección 4 del Capítulo 9 se le informa qué puede hacer).

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de sus historias clínicas y de su información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo exigen estas leyes.

- Su “información personal de salud” incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, al igual que su expediente médico y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le proporcionan derechos relacionados con la obtención de la información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos una notificación por escrito, denominada “Aviso de prácticas de privacidad”, en la que se informa sobre estos derechos y se explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no vean ni modifiquen sus registros.
- En la mayoría de las situaciones, si le proporcionamos su información de salud a una persona que no le brinda atención o no paga su atención, *primero debemos obtener su permiso por escrito*. Usted o cualquier persona a la que le haya otorgado un poder legal para tomar decisiones por usted puede proporcionar el permiso por escrito.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Existen ciertas excepciones por las que no se requiere que le solicitemos antes su permiso por escrito. La ley permite o establece estas excepciones.
 - Por ejemplo, estamos obligados a divulgar información de salud a las agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a brindar su información de salud a Medicare, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y regulaciones federales.

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

Usted tiene derecho a consultar sus expedientes médicos que conserve el plan y a obtener una copia de ellos. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por las copias. También tiene derecho de pedirnos que agreguemos o corriamos en sus historias clínicas. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención de la salud a fin de decidir si deben realizarse dichos cambios.

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

Si tiene dudas o inquietudes acerca de la privacidad de su información personal de salud, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).

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. Revísela con atención. Nos importa la privacidad de su información médica y financiera.

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

Usos y divulgaciones de información médica

Nuestro deber legal

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

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

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

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

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

Usos principales y divulgaciones de información médica protegida

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

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

de la atención y las ofertas de bienestar, el pago de reclamaciones, y las iniciativas de detección y prevención de fraudes), para nuestras operaciones comerciales (incluidas la medición de calidad y la mejora y el desarrollo de beneficios) y en las siguientes situaciones:

- **Pago:** Podemos utilizar y divulgar su información médica protegida en todas las actividades que se incluyen en la definición de “pago”, tal como se establece en la Regla de Privacidad de la Ley HIPAA. Por ejemplo, es posible que utilicemos y divulguemos su información médica protegida para pagar reclamaciones por los servicios que le proporcionan médicos, hospitales, farmacias y otros que cubran su plan de salud. También podemos utilizar su información para determinar si cumple con los requisitos para los beneficios, coordinar beneficios, revisar la necesidad médica, obtener primas y enviar explicaciones de los beneficios a la persona que se suscribe al plan de salud en el que usted participa.
- **Operaciones de atención de la salud:** Podemos utilizar y divulgar su información médica protegida en todas las actividades que se incluyen en la definición de “operaciones de atención de la salud”, tal como se define 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 operaciones de pago y de atención de la salud, celebramos contratos con personas y entidades (denominadas “socios comerciales”) para llevar a cabo diversas funciones en nuestro nombre o para proporcionar ciertos tipos de servicios (como apoyo de servicio al miembro, gestión de la utilización, subrogación o administración de beneficios farmacéuticos). Podemos compartir su información de contacto y número de teléfono, incluido su número de celular, con nuestros socios comerciales. Para llevar a cabo estas funciones o para proporcionar los servicios, nuestros socios comerciales recibirán, crearán, mantendrán, utilizarán o revelarán información médica protegida, pero únicamente después de que exijamos que acuerden por escrito los términos contractuales diseñados para proteger su información adecuadamente.
- **Otras entidades cubiertas:** Podemos utilizar o divulgar su información médica protegida para ayudar a los proveedores de atención médica en relación con sus actividades de tratamiento o de pago, o para ayudar a otras entidades cubiertas en relación con ciertas operaciones de atención de la salud. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida a un proveedor de atención médica cuando este la necesite para que le brinde tratamiento, y es posible que divulguemos esa información a otra entidad cubierta para realizar operaciones de atención de la salud en las áreas de garantía de calidad y actividades de mejora o autorización, certificación, licencias o acreditaciones.

Otros usos y divulgaciones posibles de información médica protegida

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

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

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

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- **Actividades de supervisión médica:** Es posible que divulguemos su información médica protegida a un organismo de supervisión médica para las actividades autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones, inspecciones, autorizaciones o acciones disciplinarias, procedimientos o acciones civiles, administrativas o penales. Entre los organismos de supervisión que buscan esta información, se incluyen los organismos gubernamentales que supervisan: (i) el sistema de atención de la salud, (ii) los programas de beneficios del Gobierno, (iii) otros programas reglamentarios del Gobierno y (iv) el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
- **Abuso o abandono:** Podemos divulgar su información médica protegida a las autoridades pertinentes si consideramos razonablemente que podría ser una posible víctima de abuso, abandono, violencia doméstica u otros delitos.
- **Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad:** En conformidad con ciertas leyes federales y estatales, podemos divulgar su información médica protegida si creemos que esto es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público.
- **Funcionarios responsables de la investigación, médicos forenses, directores funerarios y donación de órganos:** Podemos divulgar información médica protegida a un funcionario responsable de la investigación o médico forense para que este lo identifique después de morir, determine la causa de muerte o lleve a cabo otras funciones autorizadas por la ley. También podemos divulgar, según lo autorizado por la ley, información a los directores funerarios para que puedan llevar a cabo sus funciones en su nombre. Además, es posible que divulguemos esa información a organizaciones que se encargan de donaciones de órganos, ojos o tejidos, y trasplantes.
- **Investigación:** Podemos divulgar su información médica protegida a investigadores cuando una junta de revisión institucional o una junta de privacidad: (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 es recluso en una cárcel, podemos divulgar su información médica protegida a esa institución o a un funcionario de la ley para los fines de: (1) que la institución le brinde atención médica, (2) su salud y seguridad, y la salud y seguridad de los demás, o (3) la seguridad y protección de la institución correccional.
- **Compensación a los trabajadores:** Podemos divulgar su información médica protegida para cumplir con las leyes de compensación a los trabajadores y con otros programas similares que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades que estén relacionadas con el trabajo.
- **Salud y seguridad públicas:** Podemos divulgar su información médica protegida en la medida necesaria para evitar una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad, o para la salud o seguridad de los demás.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

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

Derechos individuales

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

En determinadas circunstancias, podemos denegarle la solicitud para examinar y copiar la información médica protegida. En ciertas condiciones, no se podrá revisar la denegación. Si esto ocurre, le informaremos en nuestra denegación que la decisión no se podrá revisar. Si se le niega

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

el acceso a su información y la denegación está sujeta a revisión, puede solicitar que se la revise. Elegiremos a un profesional de atención médica para que revise su solicitud y la denegación. La persona que realice esta revisión no será la misma persona que denegó su solicitud inicial.

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

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

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

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

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

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

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

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

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

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

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

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

¿Cómo se utiliza su información?

Utilizamos la información que recopilamos sobre usted en relación con la suscripción a seguros o la administración de una póliza de seguro o reclamación, o para otros fines permitidos por la ley.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

En ningún momento revelamos su información financiera a ninguna persona ajena a CareFirst, a menos que tengamos su autorización correspondiente o que estemos autorizados u obligados a hacerlo por ley. Mantenemos medidas de protección físicas, electrónicas y procedimentales de acuerdo con las normas federales y estatales para proteger su información. Además, limitamos el acceso a su información financiera a los empleados de CareFirst, socios comerciales, proveedores, administradores del plan de beneficios, corredores, consultores y agentes que necesiten conocerla para llevar a cabo actividades comerciales de CareFirst o para proporcionarle productos o servicios.

Divulgación de su información financiera

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

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

Cambios en nuestra política de privacidad

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

Preguntas y quejas

Información sobre las prácticas de privacidad de CareFirst

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

Presentar una queja

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

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

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**Información de contacto:**

CareFirst BlueCross BlueShield y CareFirst BlueChoice, Inc.

Privacy Office CT 10-03

10455 Mill Run Circle Owings Mills, MD 21117

Teléfono: 800-853-9236

Fax: 410-505-6692

Correo electrónico: privacy.office@carefirst.com

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

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

Como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core, usted tiene derecho a que le proporcionemos diferentes tipos de información. (Como se explica anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que nosotros le brindemos información de un modo que sea adecuado para usted. Esto incluye obtener la información en idiomas distintos al inglés y en letra grande u otros formatos alternativos).

Si necesita cualquiera de los siguientes tipos de información, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información acerca de la situación financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones que los miembros han presentado y las calificaciones de desempeño del plan, que incluye cómo lo han calificado los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas las farmacias de nuestra red.**

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Por ejemplo, usted 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.
- Para ver la lista de proveedores de la red del plan, consulte el Directorio de proveedores.
- Para ver la lista de las farmacias de la red del plan, consulte el Directorio de farmacias.
- Para obtener información más detallada acerca de nuestros proveedores o farmacias, puede llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo), o visitar nuestro sitio web en www.carefirst.com/medicare.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que usted debe seguir cuando utilice su cobertura.**
 - En los Capítulos 3 y 4 de este cuadernillo explicamos cuáles son los servicios médicos que están cubiertos para usted, las restricciones de la cobertura y las normas que debe respetar para obtener los servicios médicos cubiertos.
 - Para obtener los detalles de su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este cuadernillo más la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. En estos capítulos, así como en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, se enumeran cuáles son los medicamentos cubiertos y se explican las normas que usted debe seguir y las restricciones a su cobertura en el caso de ciertos medicamentos.
 - Si tiene alguna pregunta sobre las normas y restricciones, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
 - En caso de que un servicio médico o un medicamento de la Parte D no estén cubiertos, o si hay alguna restricción en la cobertura, nos puede solicitar una explicación por escrito. Usted tiene derecho a recibir esta explicación, incluso si recibió la atención médica o el medicamento de un proveedor o de una farmacia fuera de la red.
 - Si no está satisfecho o si está en desacuerdo con la decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D está cubierto, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Puede solicitarnos que modifiquemos la decisión mediante una apelación. Para obtener más información sobre qué debe hacer si algo no está cubierto en la manera en que usted considera que debería cubrirse, consulte el Capítulo 9 de este cuadernillo. Este capítulo le brinda detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también describe cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras cuestiones).
 - Si desea solicitar que nuestro plan pague la parte que le corresponde de una factura que usted ha recibido por atención médica o por un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este cuadernillo.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención****Usted tiene derecho a conocer las opciones de tratamiento y participar en las decisiones con respecto a su atención médica.**

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

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

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente del costo o de si están cubiertas por nuestro plan. También incluye que le informen sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos y utilizarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo que implique su atención. Se le debe informar con anticipación si algún tratamiento o atención médica que se le haya propuesto forma parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, aun si su médico le recomienda que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, usted acepta toda la responsabilidad de lo que le suceda a su cuerpo como resultado de su decisión.
- **Recibir una explicación si le rechazan la cobertura de atención.** Tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le negó la atención que considera debería recibir. Para recibir esta explicación, debe solicitarnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este cuadernillo le indica cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.

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

El estado de Maryland ofrece un formulario para planificar la atención médica, llamado “Directivas Anticipadas de Maryland: Planificación de Decisiones Sobre Atención Médica Futura” (“Maryland Advance Directive: Planning for Future Health Care Decisions”). El formulario se puede completar en línea en <https://www.marylandattorneygeneral.gov/Pages/HealthPolicy/AdvanceDirectives.aspx>, o puede escribir a Office of the Attorney General, Health Decisions Policy Division, 300 W. Preston Street, 3rd Floor, Baltimore, MD 21201 para solicitar una copia.

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

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

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

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

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

- **Obtenga el formulario.** Si desea realizar una instrucción médica anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucción médica anticipada de organizaciones que dan información sobre Medicare a las personas. Puede completar una copia de una instrucción médica anticipada en línea en <https://www.marylandattorneygeneral.gov/Pages/HealthPolicy/AdvanceDirectives.aspx>, o para solicitar una copia, puede escribir a Office of the Attorney General, Health Decisions Policy Division, 300 W. Preston Street, 3rd Floor, Baltimore, MD 21201.
- **Llénelo y fírmelo.** Sin importar de dónde obtenga este formulario, tenga presente que es un documento legal. Considere obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Proporcione copias a las personas apropiadas.** Debe entregarle una copia del formulario a su médico y a la persona que aparece en el formulario como la designada para tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Es aconsejable que también les dé copias a sus amigos cercanos o familiares. Asegúrese de guardar una copia en casa.

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

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

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

¿Qué sucede si no se respetan sus instrucciones?

Si ha firmado una instrucción médica anticipada y considera que un médico u hospital no siguió sus instrucciones, puede presentar una queja ante la Oficina del Fiscal General enviándola a Office

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

of the Attorney General, Health Decisions Policy Division, 300 W. Preston Street, 3rd Floor, Baltimore, MD 21201.

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

Si tiene algún problema o inquietud acerca de la atención o los servicios cubiertos, el Capítulo 9 de este cuadernillo le indica qué puede hacer. En este capítulo se detalla cómo manejar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para tratar un problema o inquietud depende de la situación. Tal vez usted tenga que solicitar a nuestro plan que tome una decisión de cobertura para usted, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja. No importa lo que haga —solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja— **debemos tratarlo con imparcialidad**.

Usted tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado en contra de nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).

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 o nacionalidad, debería comunicarse con la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos 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 **comunicarse con Servicios para Miembros** (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con esta, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O bien, **puede comunicarse con Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos**

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

- Puede **comunicarse con Servicios para Miembros** (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).
- Usted puede **llamar al SHIP**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con esta, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para consultar o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections” (Sus 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) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene responsabilidades como miembro del plan**Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?**

A continuación se indica lo que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo). Estamos aquí para ayudarlo.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice este cuadernillo de *Evidencia de Cobertura* para conocer qué está cubierto para usted y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 proporcionan los detalles sobre sus servicios médicos, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas a seguir y qué es lo que usted paga.
 - Los Capítulos 5 y 6 proporcionan los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- Si usted cuenta con otra cobertura de seguro médico o de medicamentos recetados, además de nuestro plan, debe comunicárnoslo. Comuníquese con Servicios para Miembros para informarnos (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).
 - Debemos seguir las reglas que establecen Medicare para asegurarnos de que usted está utilizando toda su cobertura en combinación cuando obtiene sus servicios cubiertos de parte de nuestro plan. A esto se le llama “**coordinación de beneficios**”, ya que implica la coordinación de beneficios médicos y de medicamentos que usted obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio médico y de medicamentos disponible para usted. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 10 del Capítulo 1).

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- Colabore para que sus médicos y otros proveedores puedan ayudarlo dándole información, haciendo preguntas y completando su atención.
 - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de atención médica le proporcionen la mejor atención, aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud y proporcioneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que sus médicos estén al tanto de todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar. Sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta que le dan, pregunte de nuevo.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los otros pacientes. También esperamos que usted actúe de manera tal que colabore a que todo funcione sin problemas en el consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que adeuda.** Como miembro del plan, es responsable de hacer estos pagos:
 - Debe pagar las primas del plan para continuar siendo miembro de nuestro plan.
 - Para reunir los requisitos para inscribirse en nuestro plan, debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan deben pagar una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima por la Parte B de Medicare para seguir siendo miembros del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos y medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio o medicamento. Esta parte será un copago (un monto fijo) o un coseguro (un porcentaje del costo total). En el Capítulo 4 se le indica lo que debe pagar por sus servicios médicos. En el Capítulo 6 se le indica lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.
 - Si obtiene un servicio médico o medicamento que no está cubierto por nuestro plan ni por otro seguro que usted pueda tener, usted debe pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este cuadernillo para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
 - Si está obligado a pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.
 - Si se requiere que pague el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- **Avísenos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos lo diga inmediatamente. Comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** (En el Capítulo 1 se describe nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a determinar si se mudará fuera de nuestra área de servicio. Si usted deja nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial durante el cual puede inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Le podemos avisar si tenemos un plan en su nueva área.
 - **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, de todas maneras necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
 - Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto para estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener ayuda en caso de tener preguntas o inquietudes.** También agradecemos cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfono y los horarios para comunicarse con Servicios para Miembros están impresos en el dorso de este cuadernillo.
 - Para obtener más información acerca de cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

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

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

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

SECCIÓN 1	Introducción	189
Sección 1.1	Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud	189
Sección 1.2	¿Qué significan los términos legales?	189
SECCIÓN 2	Puede recibir ayuda de organizaciones gubernamentales que no tienen conexión con nosotros	190
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	190
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe seguir para resolver su problema?	190
Sección 3.1	¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? O ¿debe utilizar el proceso para presentar quejas?	190
DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES		191
SECCIÓN 4	Una guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones	191
Sección 4.1	Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general	191
Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación	192
Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo le da detalles para su situación?	193
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	194
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	194
Sección 5.2	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (Cómo solicitar a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que usted desea)	195
Sección 5.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (Cómo pedir la revisión de una decisión de cobertura de atención médica que tomó nuestro plan)	199
Sección 5.4	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	202
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?	205

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

SECCIÓN 6	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	206
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	206
Sección 6.2	¿Qué es una excepción?	208
Sección 6.3	Información importante que se debe tener en cuenta acerca de la solicitud de excepciones	210
Sección 6.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción	211
Sección 6.5	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (Cómo pedir la revisión de una decisión de cobertura que tomó nuestro plan)	214
Sección 6.6	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	217
SECCIÓN 7	Cómo pedirnos que cubramos una estancia más prolongada en el hospital como paciente hospitalizado si usted considera que el médico le está dando el alta muy pronto	220
Sección 7.1	Durante su hospitalización, recibirá un aviso escrito de Medicare en el que se le informan sus derechos	220
Sección 7.2	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital	222
Sección 7.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital	224
Sección 7.4	¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su Apelación de Nivel 1?	226
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted piensa que su cobertura está terminando demasiado pronto	229
Sección 8.1	<i>Esta sección trata únicamente sobre tres servicios:</i> atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).	229
Sección 8.2	Le indicaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura	229
Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo	230
Sección 8.4	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo	232
Sección 8.5	¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su Apelación de Nivel 1?	234

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

SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a niveles posteriores	237
Sección 9.1	Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de servicios médicos	237
Sección 9.2	Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de medicamentos de la Parte D	238
CÓMO PRESENTAR QUEJAS		240
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras preocupaciones	240
Sección 10.1	¿Qué tipo de problemas se tratan en el proceso de quejas?	240
Sección 10.2	El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”	242
Sección 10.3	Paso a paso: Cómo presentar una queja	242
Sección 10.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad	243
Sección 10.5	También puede informar a Medicare sobre su queja	244

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

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

- Para ciertos tipos de problemas, debe utilizar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, usted debe utilizar el **proceso para presentar quejas**.

Ambos procesos están aprobados por Medicare. Con el fin de garantizar una solución rápida y justa a sus problemas, cada proceso se compone de un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

¿Qué proceso debe usar? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía en la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto que debe utilizar.

Sección 1.2 ¿Qué significan los términos legales?

Existen términos legales técnicos para algunas de las reglas, los procedimientos y los tipos de plazo que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

A modo de simplificación, en este capítulo se explican las reglas y los procedimientos legales con palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se dice “presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”, y “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”. También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil y, a veces, bastante importante, que usted conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos utilizar lo ayudará a comunicarse más claramente y con exactitud cuándo se encargue de su problema, y lo ayudará obtener la ayuda o información correcta para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos los términos legales cuando proporcionamos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

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

SECCIÓN 2 Puede recibir ayuda de organizaciones gubernamentales que no tienen conexión con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Algunas veces puede ser confuso comenzar o completar el proceso para encargarse de un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o tiene poca energía. En otras ocasiones, tal vez no sepa cómo seguir adelante.

Solicite ayuda a una organización gubernamental independiente

Estamos siempre dispuestos a ayudarlo. Sin embargo, en algunas situaciones, puede que también desee ayuda u orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP)**. Este programa gubernamental cuenta con asesores capacitados en todos los estados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe utilizar para resolver su problema. Además, pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecerle orientación para saber qué debe hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números telefónicos en la Sección 3 del Capítulo 2 de este cuadernillo.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para manejar un problema, también puede comunicarse con Medicare. Las siguientes son dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe seguir para resolver su problema?

Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? O ¿debe utilizar el proceso para presentar quejas?

Si tiene un problema o una inquietud, lea solo las partes de este capítulo que se relacionan con su situación. La siguiente guía le será de utilidad.

Para identificar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud, **COMIENZE AQUÍ**

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

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

(Esto incluye problemas relacionados con determinar si se cubren ciertos medicamentos recetados o cierta atención médica, de qué forma están cubiertos, y problemas relacionados con el pago de los medicamentos recetados o de la atención médica).

Sí. Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4: “Una guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones”**.

No. Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Vaya directamente a la **Sección 10** al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente y otras inquietudes”**.

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

El proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que debe utilizar para cuestiones relacionadas con determinar si algo está cubierto o no y de qué forma lo está.

Cómo solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos o sus medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted siempre que usted recibe atención médica de parte del mismo o si su médico de la red lo remite a un médico especialista. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si el médico tiene dudas acerca de si cubriremos un determinado servicio médico o si se niega a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué cubrimos y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o medicamento no está cubierto o que dejó de

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

estar cubierto por Medicare. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura que no le satisface, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar que hayamos seguido todas las reglas correctamente. Su apelación la manejan revisores diferentes a los que tomaron la decisión original desfavorable. Cuando completamos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, usted puede solicitar una decisión de cobertura expeditiva o “decisión de cobertura rápida”, o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si rechazamos, en todo o en parte, su Apelación de Nivel 1, puede continuar apelando en el Nivel 2. Una Organización de Revisión Independiente no relacionada con nosotros llevará a cabo la Apelación de Nivel 2. (En algunas circunstancias, su caso se enviará automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2. En otras situaciones, usted deberá solicitar una Apelación de Nivel 2). Si usted no está satisfecho con la decisión en la Apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación.

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

¿Necesita ayuda? Estos son algunos recursos que posiblemente quiera usar si decide solicitar cualquier clase de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **comunicarse con Servicios para Miembros** (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede realizar una solicitud por usted.**
 - Para atención médica o medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es rechazada en el Nivel 1, automáticamente se enviará al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico debe ser nombrado como su representante.
 - Para medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional que receta puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 o de Nivel 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico u otro profesional que receta debe ser nombrado como su representante.

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

- **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.
 - Tal vez ya exista alguien que esté legalmente autorizado a actuar como su representante conforme a la ley estatal.
 - Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo) y solicite el formulario de “Nombramiento de un 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/medicare). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Usted y la persona que usted desea que lo represente deben firmar el formulario. Deberá entregarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe en su nombre.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no tiene la obligación de contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

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

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones relacionadas con decisiones de cobertura y apelaciones. Ya que cada situación tiene diferentes reglas y plazos, le proporcionamos los detalles de cada una en una sección separada:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo pedirnos que cubramos una estancia más prolongada en el hospital como paciente internado si usted considera que el médico le está dando el alta muy pronto”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted piensa que su cobertura está terminando demasiado pronto” (*Aplica únicamente para estos servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF]*)

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo). También puede obtener ayuda o

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

información de organizaciones gubernamentales, tales como su SHIP (el Capítulo 2, Sección 3, de este cuadernillo incluye los números de teléfono para este programa).

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

¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía sobre los “aspectos básicos” de las decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no la ha leído, le recomendamos que lo haga antes de empezar esta sección.

Sección 5.1 En esta sección se le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le devolvamos el pago de nuestra parte del costo de su atención

Esta sección trata sobre sus beneficios de servicios y atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este cuadernillo: *Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. A modo de simplificación, generalmente nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez “servicios, tratamiento o atención médica”. El término “atención médica” incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican normas diferentes a una solicitud para un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos de qué manera las normas para medicamentos recetados de la Parte B son diferentes de las normas para los artículos y servicios médicos.

En esta sección se explica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones que se describen a continuación:

1. No está recibiendo determinada atención médica que desea, y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea brindarle, y usted considera que esta atención está cubierta por nuestro plan.
3. Recibió atención médica que considera que debería estar cubierta por el plan, pero nosotros le indicamos que no pagaremos por esta atención.
4. Recibió y pagó la atención médica que considera que debería estar cubierta por el plan y desea solicitar a nuestro plan que le haga un reembolso por esta atención.
5. Se le ha informado que la cobertura de determinada atención médica que ha estado recibiendo y que nosotros aprobamos previamente se reducirá o suspenderá, y usted considera que reducir o suspender esa atención podrían perjudicar su salud.

NOTA: Si la cobertura que se suspenderá es para servicios de atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer una

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

sección aparte de este capítulo debido a que se aplican normas especiales a estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en esas situaciones:

- Sección 7 del Capítulo 9: *Cómo pedirnos que cubramos una estancia más prolongada en el hospital como paciente internado si usted considera que el médico le está dando el alta muy pronto.*
- Sección 8 del Capítulo 9: *Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted piensa que su cobertura está terminando demasiado pronto.* Esta sección trata únicamente sobre tres servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).

Para *todas las demás* situaciones en las que se le ha informado que la atención médica que ha estado recibiendo se suspenderá, utilice esta sección (Sección 5) como guía para saber qué hacer.

¿En cuál de estas situaciones está usted?

Si usted está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Para saber si cubriremos la atención médica que desea.	Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la siguiente sección de este capítulo, la Sección 5.2 .
Si ya le hemos comunicado que no cubriremos o pagaremos un servicio médico de la forma en que usted desea que se cubra o pague.	Puede presentar una apelación . (Esto significa que nos solicita que reconsideremos la decisión). Vaya a la Sección 5.3 de este capítulo.
Si desea solicitarnos que le brindemos un reembolso por atención médica que ya recibió y pagó.	Puede enviarnos la factura. Vaya a la Sección 5.5 de este capítulo.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (Cómo solicitar a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que usted desea)

Términos legales

Cuando una decisión sobre la cobertura involucra su atención médica, se denomina “**determinación de la organización**”.

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

Paso 1: Usted le solicita a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una “**decisión de cobertura rápida**”.

Términos legales
Una “decisión de cobertura rápida” se llama una “ determinación expedita ”.

Cómo pedir una cobertura de la atención médica que desea

- Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para realizar la solicitud para que autoricemos o proveamos cobertura de la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo.
- Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección titulada *¿Cómo comunicarse con nosotros cuando solicite una decisión sobre su cobertura de atención médica?*

Por lo general, usamos los plazos estándar para informarle nuestra decisión

Cuando presentamos nuestra decisión, utilizamos los plazos “estándar” a menos que hayamos acordado utilizar los plazos “rápidos”. **Una decisión estándar sobre la cobertura implica que le brindaremos una respuesta dentro de los 14 días corridos** después de recibir su solicitud **para un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta dentro de las **72 horas** después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, para una solicitud **para un artículo o servicio médico**, podemos **demorarnos hasta 14 días corridos más** si solicita más tiempo o si necesitamos información (como historias clínicas de proveedores fuera de la red) que pueda beneficiarlo. Si decidimos que necesitamos más días para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos un tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si usted considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión para tomar días adicionales. Cuando usted presenta una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente al proceso de apelaciones y decisiones de cobertura. Para obtener más información acerca del procedimiento para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, pídanos que le demos una “decisión de cobertura rápida”

- **Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos dentro de las 24 horas.**

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

- **Sin embargo**, para una solicitud **para un artículo o servicio médico, podemos demorarnos hasta 14 días corridos más** si descubrimos que falta información que puede beneficiarlo (como historias clínicas de proveedores fuera de la red), o si usted necesita tiempo para enviarnos información para la revisión. Si decidimos demorar más días, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tomarnos un tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si usted considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión para tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos apenas tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
 - Usted puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura *únicamente* si solicita la cobertura de atención médica *que aún no ha recibido*. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida si su solicitud está relacionada con el pago de atención médica que ya recibió).
 - Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *únicamente* si al utilizar los plazos estándar esto podría *causar daños graves a su salud o afectar su capacidad funcional*.
- **Si su médico nos indica que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que lo indique (y utilizaremos los plazos estándar en su lugar).
 - En esta carta le explicaremos que si su médico solicita una decisión rápida sobre la cobertura se la brindaremos automáticamente.
 - En la carta también le explicaremos cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una “decisión de cobertura rápida”

- Por lo general, para una decisión de cobertura rápida sobre una solicitud para un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **dentro de las 72 horas**. Si su solicitud

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

es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos **dentro de las 24 horas**.

- Como se explicó anteriormente, podemos demorar hasta 14 días calendario más en ciertas circunstancias. Si decidimos demorar más días para tomar la decisión sobre la cobertura, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tomarnos un tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si usted considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión para tomar días adicionales. Cuando usted presenta una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
- Si no respondemos dentro de las 72 horas (o si hay un período extendido al final de este), o 24 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B, tiene derecho a presentar una apelación. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
- **Si rechazamos, en todo o en parte, su solicitud**, le enviaremos una explicación detallada por escrito con los motivos del rechazo.

Plazos para una “decisión estándar sobre la cobertura”

- Por lo general, para una decisión de cobertura estándar sobre una solicitud para un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** a partir de la recepción de su solicitud.
 - Para una solicitud para un artículo o servicio médico, podemos demorar hasta 14 días calendario más (“período extendido”), en determinadas circunstancias. Si decidimos demorar más días para tomar la decisión sobre la cobertura, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tomarnos un tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si usted considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión para tomar días adicionales. Cuando usted presenta una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
 - Si no respondemos dentro de los 14 días corridos (o si hay un período extendido al final de este), o 72 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B, tiene derecho a presentar una apelación. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
- **Si rechazamos, en todo o en parte, su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita con los motivos del rechazo.

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

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea hacer una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos, y quizá cambiemos, esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación implica realizar otro intento para obtener la cobertura de atención médica que desea.
- Si decide presentar una apelación, usted pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (Cómo pedir la revisión de una decisión de cobertura de atención médica que tomó nuestro plan)
--------------------	--

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se llama una “reconsideración” del plan.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y presente su apelación. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “**apelación rápida**”.

Lo que debe hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para conocer más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por propósitos relacionados con su apelación, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *¿Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación sobre su atención médica?*
- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito mediante una solicitud.**

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

- Si alguien más, que no es su médico, presenta una apelación en su nombre, su apelación debe incluir un formulario de Designación de Representante autorizando a esta persona a representarlo. Para obtener el formulario, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo) y pida el formulario de “Designación de Representante”. 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/medicare. Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (el plazo para que tomemos una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será descartada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicarán sus derechos a pedir que una Organización de Revisión Independiente revise nuestra decisión de descartar su apelación.
- **Para solicitar una apelación rápida, presente la apelación por escrito o llámenos al número de teléfono que figura en el Capítulo 2, Sección 1 (¿Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación sobre su atención médica?).**
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días corridos** después de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para comunicarle sobre nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene un buen motivo para no haberlo hecho, explique la razón de la demora de su apelación cuando la presente. Es posible que le otorguemos más tiempo para que presente su apelación. Algunos ejemplos de razones justificadas por las cuales no cumplió con el plazo pueden incluir: haber tenido una enfermedad grave que impidió que se comunicara con nosotros o haberle proporcionado información incorrecta o incompleta acerca del plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
 - Tiene derecho a pedirnos una copia de la información relacionada con su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede hacer la solicitud por medio de una llamada)

Términos legales
La “apelación rápida” también es llamada “redeterminación expedita”.

- Si apela una decisión que tomamos acerca de la cobertura de atención que aún no recibió, usted o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.

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

- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida”. Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones fueron dadas anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos indica que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.

Paso 2: Consideramos su apelación y le presentamos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, nosotros volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura médica. Revisamos si seguimos todas las reglas cuando denegamos su solicitud.
- De ser necesario, recopilamos más información. Podríamos comunicarnos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos entregarle nuestra respuesta en el **término de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Sin embargo, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarlo, **nos podríamos tomar hasta 14 días corridos más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos que necesitamos más días para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos un tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o cuando termine el período extendido si nos tomamos días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en donde una Organización de Revisión Independiente revisará la solicitud. Más adelante en esta sección, le informaremos sobre esta organización y le explicaremos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva para una parte o para todo lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o para todo lo que solicitó**, le enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Plazos para una “apelación estándar”

- Si estamos utilizando los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta sobre una solicitud para un artículo o servicio médico **dentro de los 30 días corridos** después de que recibamos su apelación si esta se trata de cobertura por servicios que todavía no ha recibido. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido,

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

le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado médico así lo exige.

- Sin embargo, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarlo, **nos podríamos tomar hasta 14 días corridos más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos que necesitamos más días para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos un tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si usted considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión para tomar días adicionales. Cuando usted presenta una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
- Si no le damos una respuesta en el plazo aplicable anterior (o cuando termine el período extendido si nos tomamos días adicionales por su solicitud para un artículo o servicio médico), debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en donde una Organización de Revisión Independiente revisará la solicitud. En esta sección, también le informaremos sobre esta organización de revisión y le explicaremos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva para una parte o para todo lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar dentro de los 30 días corridos si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días corridos** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o para todo lo que solicitó**, le enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si rechazamos parte o la totalidad de su apelación, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de haber cumplido con todas las reglas cuando denegamos su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Si lo hacemos, esto significa que su apelación pasará al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, su caso se envía *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión**

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

Independiente revisa la decisión que tomamos en su primera apelación. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales

El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces se le denomina “**IRE**”.

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que Medicare contrata.** Esta organización no está vinculada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía seleccionada por Medicare para encargarse del trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Enviaremos a esta organización la información relacionada con su apelación. Esta información se denomina “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente revisarán 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

- Si en el Nivel 1 tuvo una apelación rápida con nuestro plan, automáticamente tendrá una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión le deberá dar una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de un período de 72 horas** a partir del momento en que recibe su 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 tomar hasta otros 14 días calendario más.** La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse un tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

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

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

- Si en el Nivel 1 tuvo una apelación estándar con nuestro plan, automáticamente tendrá una apelación estándar en el Nivel 2. 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 **dentro de un plazo de 30 días calendario** a partir del momento en que recibe su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión le deberá dar una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de un plazo de 7 días calendario** a partir del momento en que recibe su 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 tomar hasta otros 14 días calendario más**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse un 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 brinda una respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones de tal decisión.

- **Si la organización de revisión responde positivamente a una parte o a toda la solicitud para un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos la decisión de la organización de revisión, en el caso de solicitudes estándar; o en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en la que recibamos la decisión de la organización de revisión, en el caso de solicitudes expeditivas.
- **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 disputa en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión, en el caso de **solicitudes estándar**; o en un plazo de **24 horas** a partir de la fecha en la que recibamos la decisión de la organización de revisión, en el caso de **solicitudes expeditivas**.
- **Si esta organización deniega parte o toda su apelación**, eso significa que está de acuerdo con nosotros en cuanto a que su solicitud (o una parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se conoce como “rechazar su apelación”).
 - Si la Organización de Revisión Independiente “confirma la decisión”, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cumplir con un monto mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que usted recibe de la Organización de Revisión Independiente le indicará cómo averiguar el valor en dólares para continuar con el proceso de apelaciones.

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

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

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si se deniega su Apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea continuar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su 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 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?
--

Si desea solicitarnos el pago de la atención médica, empiece por leer el Capítulo 7 de este cuadernillo: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 7 se describen las situaciones en las cuales es posible que tenga que solicitar un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. Además, se explica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el pago.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación que solicita un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificamos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Cuadro de Beneficios Médicos [lo que está cubierto y lo que usted paga]*). También verificaremos si siguió todas las reglas para utilizar su cobertura de atención médica (estas reglas se proporcionan en el Capítulo 3 de este cuadernillo: *Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica dentro de un plazo de 60 días calendario después de recibir su solicitud. O, si no ha pagado los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor. Al enviar el pago, significa que *aceptamos* su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta que indicará que no pagaremos los servicios y explicaremos en detalle las razones por las cuales no pagaremos. (Al rechazar su solicitud de pago, significa que *rechazamos* su solicitud de una decisión de cobertura).

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

¿Qué sucede si solicita un pago y le informamos que no pagaremos?

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

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Diríjase a esta sección para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para reembolso, debemos darle nuestra respuesta dentro de un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación. (Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviar el pago que usted solicitó a usted o al proveedor dentro de un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es positiva en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que usted solicitó a usted o al proveedor dentro de un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía sobre los “aspectos básicos” de las decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no la ha leído, le recomendamos que lo haga antes de empezar esta sección.

Sección 6.1	En esta sección se le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le devolvamos el pago de un medicamento de la Parte D
--------------------	---

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para estar cubierto, el medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. (Una “indicación médicamente aceptada” se refiere a que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos [FDA] o respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información sobre la indicación médicamente aceptada).

- **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”.

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

- Para obtener información detallada sobre lo que queremos decir con medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, las reglas y restricciones de cobertura y la información del costo, consulte el Capítulo 5 (*Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Decisiones de cobertura de la Parte D y apelaciones

Como ya hemos indicado en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina “ determinación de cobertura ”.

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que usted puede solicitarnos acerca de sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, que incluye lo siguiente:
 - Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan
 - Pedirnos que retiremos una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede recibir).
 - 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
- Nos consulta sobre la cobertura de un medicamento y si usted cumple con las normas de cobertura aplicables. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos [Formulario]* del plan, pero le exigimos que obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlo).
 - *Tenga en cuenta lo siguiente:* Si en su farmacia le indican que su receta no puede surtirse tal y como está indicada, la farmacia le otorgarán un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya ha adquirido. Esta es una solicitud de decisión de cobertura relacionada con el pago.

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

En esta sección se describe cómo solicitar una decisión de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice el siguiente cuadro para ayudarlo a determinar qué parte contiene información para su situación:

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

¿En cuál de estas situaciones está usted?

Si usted está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que eliminemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience por la Sección 6.2 de este capítulo.
Si desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y considera que usted cumple con las normas o restricciones del plan (por ejemplo, obtener aprobación previa) para el medicamento que necesita.	Puede solicitarnos una decisión de cobertura. Vaya a la Sección 6.4 de este capítulo.
Si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento que ya recibió y pagó.	Puede solicitarnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Vaya a la Sección 6.4 de este capítulo.
Si ya le hemos comunicado que no cubriremos o pagaremos el medicamento de la forma en que usted desea que se cubra o pague.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos solicita que reconsideremos la decisión). Vaya a la Sección 6.5 de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto en la forma en que le gustaría que estuviera cubierto, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que con otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de excepción, usted puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicite una excepción, su médico u otro profesional que receta deberán explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Consideraremos entonces su solicitud. A continuación se presentan tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta podría solicitarnos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*.** (Nosotros la llamamos la “Lista de medicamentos” para abreviar).

Términos legales

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

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

- Si estamos de acuerdo con hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, usted deberá pagar el monto de la distribución de costos que aplica para los medicamentos en el Nivel 4. No puede solicitar una excepción para el monto de copago ni para el coseguro que está obligado a pagar por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción en nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Existen reglas y restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos incluidos en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, vaya al Capítulo 5 y busque la Sección 4).

Términos legales

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento, a veces se denomina solicitar una **“excepción al formulario”**.

- Las reglas y restricciones adicionales en la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
 - *Estar obligado a usar la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - *Obtener una aprobación por anticipado del plan* antes de que aceptemos cubrir el medicamento. (Esto algunas veces se llama “autorización previa”).
 - *Estar obligado a probar primero un medicamento diferente* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que está solicitando. (Esto algunas veces se llama “terapia escalonada”).
 - *Límites de cantidad*. Para algunos medicamentos, hay restricciones en la cantidad del medicamento que usted puede tener.
 - Si aceptamos hacer una excepción y eliminamos una restricción para usted, entonces puede solicitar una excepción al monto de copago o coseguro que le exigimos pagar por el medicamento.
- 3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel más bajo de distribución de costos.** Cada medicamento de nuestra Lista de medicamentos se encuentra en uno de los cinco niveles de distribución de costos. En general, mientras más bajo sea el número del nivel de la distribución de costos, más bajo será el pago que usted haga como su parte del costo del medicamento.

Términos legales

Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto, a veces se llama pedir una **“excepción de nivel”**.

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

- Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en un nivel de distribución de costos menor que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de distribución de costos que se aplica a los medicamentos alternativos. Esto disminuiría la parte del costo que le corresponde pagar por el medicamento.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de distribución de costos que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de distribución de costos que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de medicamentos de marca para tratar su afección.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de distribución de costos que se aplica al nivel más bajo que contiene ya sea alternativas de medicamentos de marca o alternativas de medicamentos genéricos para tratar su afección.
- Usted no puede solicitarnos que modifiquemos el nivel de distribución de costos de ningún medicamento ubicado en el Nivel 5, medicamentos especializados.
- Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y hay más de un nivel inferior de distribución de costos con medicamentos alternativos que no puede tomar, usted generalmente pagará la cantidad más baja.

Sección 6.3 Información importante que se debe tener en cuenta acerca de la solicitud de excepciones

Su médico debe comunicarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que receta debe enviarnos una declaración en la que se expliquen las razones médicas por las que solicita una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información provista por su médico u otro profesional que receta cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una enfermedad determinada. Estas diferentes posibilidades se llaman medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo es tan efectivo como el medicamento que usted solicita y no 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.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación es generalmente válida hasta el final del año del plan. Esto se cumplirá siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento continúe siendo seguro y eficiente para tratar su enfermedad.

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

- En caso de que rechacemos su solicitud de excepción, usted puede solicitar una revisión de nuestra decisión mediante una apelación. En la Sección 6.5 se describe cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

En la siguiente sección se explica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

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

Paso 1: Usted nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o pago que necesita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos una “decisión de cobertura rápida”. No se puede pedir una decisión de cobertura rápida si nos está solicitando el reembolso del pago de un medicamento que ya ha comprado.

Lo que debe hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Empiece por llamarnos, escribírnos o enviarnos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otra persona que emita recetas médicas) pueden hacerlo. También puede tener acceso al proceso de decisión de cobertura en nuestro sitio web. Para obtener más información, vaya al Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección titulada *¿Cómo comunicarse con nosotros cuando solicite una decisión de cobertura sobre los medicamentos recetados de la Parte D?* O si usted nos está solicitando que le devolvamos el dinero de un medicamento, busque la sección titulada *¿Dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió?*
- **Usted o su médico o alguien más que esté actuando en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede pedir a un abogado que actúe en su nombre.
- **Si desea solicitarnos que le reembolsemos el pago de un medicamento,** empiece por leer el Capítulo 7 de este cuadernillo: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.* El Capítulo 7 describe las situaciones en las que puede necesitar pedir un reembolso. También le indica cómo enviarnos la documentación necesaria para pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que ha pagado.

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

- **Si solicita una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”.** Su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas debe proporcionarnos las razones médicas para la excepción del medicamento que está solicitando. (Denominamos esto la “declaración justificatoria”). Su médico u otro emisor de recetas pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O, su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas pueden indicarnos por teléfono y, luego, enviar por fax o correo una declaración escrita, de ser necesario. Para obtener más información sobre las solicitudes de excepción, consulte las Secciones 6.2 y 6.3.
- **Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito,** incluidas las solicitudes que se presenten en el formulario de solicitud de determinación de cobertura de modelo de CMS o en el formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web.
- **Puede enviar su solicitud de determinación de cobertura de forma electrónica** a través de nuestro portal seguro para miembros, que puede encontrar en nuestro sitio web en <https://cdrd.cvscaremarkmyd.com/Coveragedetermination.aspx?ClientID=54>.

Términos legales

Una “decisión de cobertura rápida” se llama una **“determinación de cobertura expedita”**.

Si su salud lo requiere, pídanos que le demos una “decisión de cobertura rápida”

- Cuando presentamos nuestra decisión, utilizamos los plazos “estándar” a menos que hayamos acordado utilizar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de un plazo de 72 horas después de que recibimos la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos dentro de un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
 - Usted puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura *únicamente* si usted solicita un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida si nos está solicitando el reembolso del pago de un medicamento que ya ha comprado).
 - Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *únicamente* si al utilizar los plazos estándar esto podría *causar daños graves a su salud o afectar su capacidad funcional*.
- **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.

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

- Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que lo indique (y utilizaremos los plazos estándar en su lugar).
- Esta carta le indicará que si su médico o si algún otro profesional que receta solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
- La carta también le indicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Le explica cómo presentar una queja “rápida”, lo que significa que obtendría nuestra respuesta a su queja dentro de un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente al proceso de apelaciones y decisiones de cobertura. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una “decisión de cobertura rápida”

- Si estamos utilizando los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en un **término de 24 horas**.
 - Generalmente, esto significa dentro de un período de 24 horas después de que hayamos recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de un periodo de 24 horas después de que recibamos la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una Organización de Revisión Independiente la revisará. Más adelante en esta sección, nos referimos a esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva para una parte o para todo lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar dentro de las 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o para todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explica el motivo por el cual rechazamos la solicitud. También le indicaremos cómo puede apelar.

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

- Si estamos utilizando plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en un **plazo de 72 horas**.
 - Generalmente, esto significa dentro de un periodo de 72 horas después de que hayamos recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de un periodo de 72 horas después de que recibamos la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.

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

- Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una Organización de Revisión Independiente la revisará. Más adelante en esta sección, nos referimos a esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa para una parte o para todo lo que solicitó –**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que hemos acordado proporcionar en un **término de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o para todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explica el motivo por el cual rechazamos la solicitud. También le indicaremos cómo puede apelar.

Los plazos para una “decisión de cobertura estándar” acerca del pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle una respuesta **dentro de los 14 días corridos** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una Organización de Revisión Independiente la revisará. Más adelante en esta sección, nos referimos a esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva para una parte o para todo lo que solicitó**, también debemos efectuarle el pago dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o para todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explica el motivo por el cual rechazamos la solicitud. También le indicaremos cómo puede apelar.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si denegamos su solicitud, tiene derecho a presentar una apelación. Presentar una apelación significa que solicita que hagamos una reconsideración, y posiblemente cambiemos la decisión que tomamos.

Sección 6.5	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (Cómo pedir la revisión de una decisión de cobertura que tomó nuestro plan)
--------------------	---

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una “redeterminación” del plan.
--

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

Paso 1: Comuníquese con nosotros y presente su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “**apelación rápida**”.

Lo que debe hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante o su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas) deben comunicarse con nosotros.**
 - Para obtener detalles sobre cómo contactarse con nosotros por teléfono, fax o correo postal, o en nuestro sitio web, para propósitos relacionados con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *¿Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación sobre los medicamentos recetados de la Parte D?*
- **Si solicita una apelación estándar, preséntela mediante una solicitud escrita.** También puede presentar su apelación llamándonos al número de teléfono que se muestra en la Sección 1 del Capítulo 2: *¿Cómo comunicarse con nuestro plan para presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D?*
- **Si solicita una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que se muestra en la Sección 1 del Capítulo 2:** *¿Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D?*
- **Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito,** incluidas las solicitudes que se presenten en el Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura del Modelo de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web.
- **Puede enviar su solicitud de apelación de manera electrónica,** a través de nuestro portal seguro para miembros, que puede encontrar en nuestro sitio web <https://cdrd.cvscaremarkmyd.com/Coverageredetermination.aspx?ClientID=54>.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días corridos** después de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para comunicarle sobre nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si no cumple con el plazo y tiene un motivo para justificarlo, podemos darle más tiempo para que presente su apelación. Algunos ejemplos de razones justificadas por las cuales no cumplió con el plazo pueden incluir: haber tenido una enfermedad grave que impidió que se comunicara con nosotros o haberle proporcionado información incorrecta o incompleta acerca del plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.**
 - Tiene derecho a pedirnos una copia de la información relacionada con su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico u otra persona que receta pueden darnos información adicional para apoyar su apelación.

Términos legales

Una “apelación rápida” también se denomina una “**redeterminación expedita**”.

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

Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida”

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que todavía no ha recibido, usted y su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas deberá decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que los requisitos para obtener una “decisión rápida sobre la cobertura” que se incluyen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Consideramos su apelación y le presentamos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Revisamos si seguimos todas las reglas cuando denegamos su solicitud. Podemos comunicarnos con usted, su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos responderle en el **plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de un plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que su solicitud será revisada por una Organización de Revisión Independiente. En esta sección, también le informaremos sobre esta organización de revisión y le explicaremos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva para una parte o para todo lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos dentro de un período de 72 horas, después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o para todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explica el motivo por el cual nuestra respuesta fue negativa y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una “apelación estándar”

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos responderse en el **plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación por un medicamento que aún no ha recibido. Le daremos más pronto nuestra decisión si aún no ha recibido el medicamento y si su condición médica requiere que lo hagamos. Si considera que su salud lo requiere, debe pedir una “apelación rápida”.
 - Si no le damos una respuesta dentro de un período de 7 días corridos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una Organización de Revisión Independiente revisará su solicitud. En esta sección, también le informaremos sobre esta organización de revisión y le explicaremos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa para una parte o para todo lo que solicitó –**

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

- Si aprobamos una solicitud para cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos, tan pronto como su salud lo requiera, pero **a más tardar 7 días corridos** después de que recibamos su apelación.
- Si aprobamos una solicitud de devolverle el pago de un medicamento que usted ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días corridos** después de que recibamos su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o para todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explica el motivo por el cual nuestra respuesta fue negativa y cómo apelar nuestra decisión.
- Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no le damos una respuesta dentro de un período de 14 días corridos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una Organización de Revisión Independiente revisará su solicitud. Más adelante en esta sección, nos referimos a esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva 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 es negativa para una parte o para todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explica el motivo por el cual rechazamos la solicitud. También le indicaremos cómo apelar.

Paso 3: Si nuestra respuesta a su apelación es negativa, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si denegamos su apelación, puede optar por aceptar esta decisión o continuar con otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, eso significa que su apelación continuará hacia el Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si denegamos su apelación, puede optar por aceptar esta decisión o continuar con otra apelación. Si decide continuar con una Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente**

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

revisa la decisión que tomamos cuando denegamos su primera apelación. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales

El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces se le denomina “**IRE**”.

Paso 1: Para presentar una Apelación de Nivel 2, 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 denegamos su Apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. En estas instrucciones se le indica quién puede presentar esta Apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando usted presenta una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. Esta información se denomina “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una revisión de su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que Medicare contrata.** Esta organización no está vinculada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que Medicare elige para revisar nuestras decisiones sobre los beneficios de la Parte D que usted tiene con nosotros.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones de tal decisión.

Plazos para una “apelación rápida” en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente que le dé una “apelación rápida”.
- Si la organización de revisión acepta otorgarle una “apelación rápida”, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de un período de 72 horas** después de que reciba su solicitud de apelación.

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

- Si la Organización de Revisión Independiente responde positivamente a una parte o a todo lo que usted solicitó, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión **dentro de un período de 24 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión.

Plazos para una “apelación estándar” en el Nivel 2

- Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de un período de 7 días calendario** después de que reciba su apelación si es por un medicamento que usted aún no ha recibido. Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de un período de 14 días calendario** después de que reciba su solicitud.
- Si la Organización de Revisión Independiente responde positivamente a una parte o a todo lo que usted solicitó:
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura del medicamento** que aprobó la organización de revisión **dentro de un período de 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reembolso de un medicamento que usted ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de un período de 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se conoce como “rechazar su apelación”).

Si la Organización de Revisión Independiente “confirma la decisión”, usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando debe cumplir con un monto mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es definitiva. En el aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente se le comunicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple con el requisito, usted decide 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).

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

- Si se deniega su Apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea continuar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibió después de su segunda apelación.
- 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 pedirnos que cubramos una estancia más prolongada en el hospital como paciente hospitalizado si usted considera que el médico le está dando el alta muy pronto**

Cuando se le admite en un hospital, tiene derecho a recibir todos sus servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura de su atención hospitalaria, incluida toda limitación de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo: *Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

Durante su estancia cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán conjuntamente con usted con el fin de prepararse para el día en que salga del hospital. También ayudarán a coordinar la atención que usted pueda necesitar después de que salga.

- El día que sale del hospital se llama su “**fecha de alta**”.
- Su médico o el personal del hospital le harán saber la fecha de alta cuando esta se haya decidido.
- Si considera que se le está pidiendo que deje del hospital muy pronto, puede solicitar una estancia más prolongada en el hospital y su solicitud será considerada. Esta sección le indica cómo hacer la solicitud.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso escrito de Medicare en el que se le informan sus derechos
--

Durante su estancia cubierta en el hospital, se le dará un aviso por escrito llamado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben siempre una copia de este aviso al ser admitidas en un hospital. Alguien del personal del hospital (por ejemplo, un trabajador social o un enfermero) debe entregárselo a más tardar dos días después de su admisión. Si no recibe el aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

1. Lea este aviso detenidamente y siéntase en la libertad de hacer cualquier pregunta si no lo entiende. En este se le explican sus derechos como paciente del hospital, que incluye 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 hospitalización y saber quién va a pagar por ello.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a apelar la decisión de su alta si considera que le están dando el alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales

El aviso por escrito de Medicare le indica cómo puede **“solicitar una revisión inmediata”**. Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar que se atrase en la fecha de su alta, de manera que cubramos la atención hospitalaria por más tiempo. (La Sección 7.2 que aparece más adelante le indica cómo puede solicitar una revisión inmediata).

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. (La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).
- Firmar el aviso demuestra *únicamente* que recibió la información acerca de sus derechos. El aviso no indica la fecha de su alta (su médico o el personal del hospital le informarán la fecha de su alta). Firmar el aviso **no significa** que usted esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. Conserve una copia del aviso firmado para que tenga a la mano la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si usted firma el aviso más de dos días antes de salir del hospital, recibirá otra copia antes de su alta programada.
- Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede comunicarse con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital**

Si desea solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios como paciente internado por un tiempo más largo, tendrá que utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de que comience, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación se explica cada uno de los pasos de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y de cumplir los plazos que se aplican a lo que usted debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo). O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico, una organización del gobierno que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Verifica si la fecha programada para el alta es médicamente adecuada.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes el gobierno federal les paga. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para las personas con Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este cuadernillo).

Actúe rápido:

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

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

- Si *no* cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de su fecha programada para el alta, *es posible que usted deba pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha planificada para el alta.
- Si se le ha vencido el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y aún desea presentar una apelación, debe presentar la apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener más información acerca de esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Solicite una “revisión rápida”:

- Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una “**revisión rápida**” de su alta. Pedir una “revisión rápida” significa que le pide a la organización que use plazos “rápidos” para una apelación en lugar de usar plazos estándar.

Términos legales

Una “**revisión rápida**” también se denomina “**revisión inmediata**” o “**revisión expeditiva**”.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (les llamamos “los revisores”, para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) el motivo por el cual cree que la cobertura de los servicios debe continuar. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos proporcionado.
- A más tardar al mediodía del día después de que los revisores informen a nuestro plan sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito que indica su fecha programada para el alta y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente adecuado) que se le dé el alta en esa fecha.

Términos legales

Esta explicación por escrito se denomina “**Aviso detallado del alta**”. Usted puede obtener una muestra de este aviso si llama a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver en línea una muestra del aviso en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

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

Paso 3: En el plazo de un día completo después de recibir toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará su respuesta en cuanto a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es positiva?

- Si la organización de revisión *acepta* su apelación, **debemos continuar brindando sus servicios hospitalarios cubiertos como pacientes internado durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo).

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que están afirmando que su fecha programada para el alta es médicamente adecuada. Si esto sucede, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios como paciente internado terminará** al mediodía del día *después* de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé a usted la respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **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, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación, y usted permanece en el hospital después de su fecha programada para el alta, puede 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
--

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación, y usted permanece en el hospital después de la fecha programada para el alta, entonces usted puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en 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 su estancia después de su fecha programada para el alta.

Estos son los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelaciones:

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

Paso 1: Usted se comunica nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de un período de 60 días calendario** después de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad respondió *no* 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.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión sobre su apelación y le comunicarán la decisión.

Si la respuesta de la organización de revisión es positiva:

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

Si la respuesta de la organización de revisión es negativa:

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se llama “confirmar la decisión”.
- El aviso que usted reciba le indicará, por escrito, lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Este le dará información detallada sobre cómo continuar al siguiente nivel de apelación, que maneja un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea 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 la organización de revisión rechaza su Apelación de Nivel 2, usted puede elegir si acepta esa decisión o si pasa al Nivel 3 y presenta otra apelación. En el Nivel 3, un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador revisa su apelación.

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

- En la Sección 9 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su Apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 7.2, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization) para comenzar la primera apelación sobre el alta hospitalaria. (“Rápidamente” implica antes de dejar el hospital y no después de la fecha de alta programada, lo que suceda primero). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

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

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

Si se le vence el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentarnos una apelación para solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Términos legales

Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se conoce como una “**apelación expedita**”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección *¿Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación sobre su atención médica?*
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándar”.

Paso 2: Realizamos una “revisión rápida” de su fecha de alta programada para verificar si era médicamente adecuada.

- Durante esta revisión, analizaremos toda la información acerca de su hospitalización. Revisamos si su fecha prevista de alta fue médicamente apropiada. Verificamos si la decisión acerca de cuándo debería dejar el hospital fue justa y si se siguieron todas las reglas.
- En esta situación, usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándar para darle una respuesta a esta revisión.

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

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de 72 horas después de pedir una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida**, significa que estamos de acuerdo con que necesita permanecer en el hospital más tiempo después de la fecha de alta y le seguiremos cubriendo los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que recibió desde la fecha en que le dijimos que su cobertura terminaría. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, lo que estamos diciendo es que la fecha de alta programada fue médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado finaliza a partir del día que dijimos que la cobertura habría terminado.
 - Si permaneció en el hospital *después* de la fecha de alta programada, entonces es **posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de esa fecha.

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

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas cuando denegamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que pasará *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso *alternativo* de apelación de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales

El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces se le denomina “**IRE**”.

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

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas después del momento en que le indicamos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de queja es diferente al proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de un período de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que Medicare contrata.** Esta organización no está vinculada con nuestro plan y no es una agencia del Gobierno. Esta organización es una compañía seleccionada por Medicare para encargarse del trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores en la Organización de Revisión Independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación al alta del hospital.
- **Si esta organización dice que *sí* acepta su apelación,** debemos reembolsarle (pagarle) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria desde la fecha de su alta programada. También debemos continuar con su cobertura del plan para servicios hospitalarios como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que ellos están de acuerdo con nosotros respecto a que su fecha de alta programada era médicamente apropiada.
 - El aviso que recibe de la Organización de Revisión Independiente le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará información detallada sobre cómo pasar a una apelación de Nivel 3, que maneja un juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- En la Sección 9 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted piensa que su cobertura está terminando demasiado pronto**

Sección 8.1 *Esta sección trata únicamente sobre tres servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).*

Esta sección tratan los siguientes tipos de atención *únicamente*:

- **Servicios de atención médica a domicilio** que recibe.
- **Atención de enfermería especializada** que recibe como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para conocer más acerca de los requisitos para ser considerado un “centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de términos importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que recibe como paciente ambulatorio en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Usualmente, esto significa que está recibiendo tratamiento para una enfermedad o un accidente o que se está recuperando de una operación mayor. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de términos importantes*).

Cuando recibe cualquiera de estos tipos de atención, usted tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida su parte del costo y cualquier limitación a la cobertura que pueda aplicar, consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo: *Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

Cuando decidimos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, estamos obligados a informárselo con anticipación. Cuando termina la cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo por su atención*.

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

Sección 8.2 Le indicaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura

1. **Usted recibe un aviso por escrito.** Por lo menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, usted recibirá un aviso.
 - En el aviso por escrito se le indica la fecha en que dejaremos de cubrir su atención.

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

- En el aviso por escrito también se le indica lo que puede hacer si quiere solicitarle a nuestro plan que cambie esta decisión respecto a cuándo terminar su atención y continuar cubriéndola por un período más largo.

Términos legales

Al informarle lo que puede hacer, en el aviso por escrito se le informa cómo puede solicitar una “**apelación acelerada**”. Solicitar una apelación acelerada es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura acerca de cuándo suspender su atención. (La Sección 8.3 a continuación le explica cómo puede solicitar una apelación acelerada).

El aviso por escrito se denomina “**Aviso de la no cobertura de Medicare**”.

2. Se le solicitará que firme aviso por escrito para constatar que lo recibió.

- A usted o a la persona que actúe en su nombre se le pedirá que firme el aviso. (La Sección 4 explica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).
- Firmar el aviso demuestra *únicamente* que recibió la información acerca de cuándo se suspenderá su cobertura. **Firmarlo no significa que usted esté de acuerdo** con el plan respecto a que es momento de dejar de recibir 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 cubramos su atención por un período más largo, tendrá que utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de que comience, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación se explica cada uno de los pasos de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y de cumplir los plazos que se aplican a lo que usted debe hacer. También existen plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si considera que no cumplimos con nuestros plazos, puede presentar una queja. En la Sección 10 de este capítulo se le dice cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo). O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico, una organización del gobierno que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Si solicita un apelación de Nivel 1 a tiempo, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación y decide si modifica la decisión tomada por nuestro plan.

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

Paso 1: Presente su Apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápido.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos de atención médica a quienes el gobierno federal les paga. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Ellos verifican la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es el momento para dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este cuadernillo).

¿Qué debe solicitar?

- Solicite a esta organización una “apelación acelerada” (para realizar una revisión independiente) sobre si es médicamente apropiado que nosotros demos fin a la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Para iniciar su apelación, usted debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a más tardar al mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia indicada en el Aviso de la no cobertura de Medicare.
- Si se le ha vencido el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y aún desea presentar una apelación, debe presentar la apelación directamente ante nosotros. Para obtener más información acerca de esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (les llamamos “los revisores”, para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) el motivo por el cual cree que la cobertura de los servicios debe continuar. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan les ha proporcionado.

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

- Al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito de nuestra parte que explica en detalle nuestras razones para dar por terminada nuestra cobertura de sus servicios.

Términos legales

A este aviso de explicación se le conoce como “**Explicación detallada de no cobertura**”.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de que tengan toda la información necesaria, los revisores le comunicarán a usted su decisión.

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

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindando sus servicios cubiertos mientras sea médicamente necesario**.
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo).

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

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

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

- La primera apelación que presenta está en el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su Apelación de Nivel 1, y usted elige continuar recibiendo atención después de que su cobertura de la atención ha terminado, entonces puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

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

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted decide continuar recibiendo atención después de que su cobertura de la atención ha terminado, entonces puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la

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

Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura.

Estos son los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: Usted se comunica nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión.

- Usted debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad respondió que *no* a su Apelación de Nivel 1. Usted puede pedir esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que la cobertura para la atención finalizó.

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

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

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

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** 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 podría 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 en la Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que usted reciba le indicará, por escrito, lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Este le dará información detallada sobre cómo continuar al siguiente nivel de apelación, que maneja un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador.

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

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 los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted puede elegir si acepta esa decisión o si pasa al Nivel 3 y presenta otra apelación. En el Nivel 3, un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador revisa su apelación.
- En la Sección 9 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su Apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Según se explica en la Sección 8.3, usted debe comunicarse rápidamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization) a fin de iniciar su primera apelación (en un plazo de uno o dos días, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si utiliza esta otra forma para presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

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

Si se le vence el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentarnos una apelación para solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Estos son los pasos de una apelación alternativa de Nivel 1:

Términos legales
Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se conoce como una “ apelación expedita ”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección *¿Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación sobre su atención médica?*
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándar”.

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

Paso 2: Realizamos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volveremos a revisar toda la información de su caso. Nos aseguramos de seguir todas las reglas cuando fijamos la fecha en que se dará por terminada la cobertura del plan para los servicios que estaba recibiendo.
- Utilizaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándar para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de 72 horas después de pedir una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida**, eso significa que estamos de acuerdo con que usted necesita los servicios por más tiempo y le seguiremos brindando los servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que recibió desde la fecha en que le dijimos que su cobertura terminaría. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si nuestra respuesta a su apelación rápida es negativa**, su cobertura terminará en la fecha que le hemos indicado y no pagaremos ninguna parte de los costos compartido después de esta fecha.
- Si usted continúa recibiendo atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que indicamos que finalizaría su cobertura, entonces usted **tendrá que pagar el costo total de esta atención**.

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

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas cuando denegamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que pasará *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso *alternativo* de apelación de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales

El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces se le denomina “**IRE**”.

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

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas después del momento en que le indicamos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de queja es diferente al proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de un período de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que Medicare contrata.** Esta organización no está vinculada con nuestro plan y no es una agencia del Gobierno. Esta organización es una compañía seleccionada por Medicare para encargarse del trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** entonces debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que indicamos que su cobertura terminaría. Debemos seguir proporcionando la cobertura de su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que ellos están de acuerdo con la decisión de nuestro plan respecto a su primera apelación y que no la cambiarán.
 - El aviso que recibe de la Organización de Revisión Independiente le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted puede elegir si acepta esa decisión o si pasa al Nivel 3 y presenta otra apelación. En el Nivel 3, un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador revisa su apelación.
- En la Sección 9 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a niveles posteriores****Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de servicios médicos**

Esta sección puede ser la adecuada para usted si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por el cual presentó la apelación cumple con ciertos niveles mínimos, usted podría continuar con los niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no puede presentar ninguna otra apelación. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, en la respuesta que reciba por escrito a su Apelación de Nivel 2 se explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera muy similar. La revisión de su apelación la gestionan las siguientes personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez (llamado Juez de Derecho Administrativo) o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado mediador da una respuesta positiva a su apelación, el proceso de apelaciones *podría* o *no* haber terminado.** Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 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 con la documentación necesaria. Podemos esperar la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en cuestión.
- **Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *podría* o *no* terminar.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado mediador rechaza su apelación, en el aviso que usted reciba se le indicará qué debe hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

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.

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

- **Si la respuesta es afirmativa, o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de la Apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *podría o no terminar*.** Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted si el valor del artículo o servicio médico cumple el requisito del valor en dólares.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *podría o no terminar*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que usted reciba se le informará si las reglas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, el aviso escrito 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.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

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

Esta sección puede ser la adecuada para usted si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido 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 de Nivel 2 se explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera muy similar. La revisión de su apelación la gestionan las siguientes personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez (llamado **Juez de Derecho Administrativo**) o un **abogado mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

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

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones termina.** Se ha aprobado lo que solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Juez de Derecho Administrativo o el abogado mediador **dentro de un período de 72 horas (24 horas para apelaciones expeditivas) o hacer el pago a más tardar en 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *podría* o *no* terminar.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado mediador rechaza su apelación, en el aviso que usted reciba se le indicará qué debe hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

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.** Se ha aprobado lo que solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Consejo **dentro de un período de 72 horas (24 horas para apelaciones expeditivas) o hacer el pago a más tardar en 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *podría* o *no* terminar.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisar la apelación, en el aviso que usted reciba se le informará si las reglas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, el aviso escrito 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.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

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

CÓMO PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras preocupaciones



Si su problema se relaciona con las decisiones acerca de los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección *no es la adecuada para usted*. En cambio, deberá utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 4 de este capítulo.

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

En esta sección se explica cómo utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se utiliza para ciertos tipos de problemas *únicamente*. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación se describen algunos ejemplos de las clases de problemas que se manejan mediante el proceso de quejas.

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede “presentar una queja”.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> ¿Considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o se compartió información de usted que considera confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? ¿No está satisfecho con el trato que le brindó Servicios para Miembros? ¿Considera que lo están motivando a retirarse del plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> ¿Tiene problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado tiempo para conseguirla? ¿Ha tenido que esperar demasiado tiempo a los médicos, farmacéuticos o a otros profesionales de la salud? ¿O para que lo atienda Servicios para Miembros u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> Los ejemplos incluyen lo siguiente: esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera, cuando va a recoger un medicamento recetado o en la sala de examen.

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

Queja	Ejemplo
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o la condición de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
Información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Piensa que es difícil entender la información escrita que le hemos proporcionado?
<p>Prontitud (Estos tipos de quejas se relacionan con la prontitud de nuestras acciones respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones).</p>	<p>El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las secciones 4 a la 9 de este capítulo. Si usted desea solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación, deberá utilizar ese proceso y no el proceso de quejas. Sin embargo, si usted ya nos ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación y considera que no le respondemos con suficiente prontitud, puede además presentar una queja por nuestra lentitud. A continuación se presentan algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si usted nos solicitó que le proporcionemos una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” y rechazamos la solicitud, puede presentar una queja. • Si considera que no cumplimos con los plazos para darle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que presentó, usted puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y se nos informa que debemos cubrir o reembolsar determinados servicios médicos o medicamentos, hay plazos que deben cumplirse. Si considera que no cumplimos con estos plazos, puede presentar una queja. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, estamos obligados a enviar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro de los plazos requeridos, usted puede presentar una queja.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 10.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”****Términos legales**

- Lo que esta sección llama “queja” también se llama “queja formal”.
- Otro término para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”.
- Otra forma de decir “usar el proceso de quejas” es “usar el proceso para presentar una queja formal”.

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja**Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.**

- **Por lo general, el primer paso es comunicarse con Servicios para Miembros.** Si hay algo más que debe hacer, Servicios para Miembros se lo hará saber. Llame a Servicios para Miembros al 855-290-5744, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, de lunes a viernes, desde el 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, de lunes a viernes, desde el 1 de abril al 30 de septiembre.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, responderemos su queja por escrito.
- **Proceso para quejas formales estándar:** Usted puede presentar una queja formal mediante una llamada a Servicios para Miembros al número que figure en el dorso de este cuadernillo. A menudo podemos resolver su queja formal durante la llamada. Si no podemos resolver su queja formal durante la llamada, remitiremos su preocupación para que se haga una investigación más exhaustiva. También puede enviarnos su preocupación por escrito.

En el caso de quejas sobre su cobertura médica, envíelas a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Appeals and Grievances, P.O. Box 3626, Scranton, PA 18505.

En el caso de quejas sobre cobertura de medicamentos recetados, envíelas a Grievance Department, P.O. Box 30016, Pittsburgh, PA 15222-0330. Debe enviarnos su queja formal verbalmente o por escrito dentro de los 60 días posteriores al evento o incidente. Responderemos a su queja formal dentro de los 30 días calendario.

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

- **Quejas formales expeditivas:** Si tiene una queja formal expeditiva, la cual es una queja sobre lo siguiente:
 - nuestra decisión de solicitar una extensión para una determinación de cobertura o apelación, la cual extendería el plazo 14 días más para brindar una decisión; o
 - nuestra decisión de no acelerar su solicitud para una determinación de cobertura o apelación; usted debe llamar a Servicios para Miembros. Se revisará una queja formal expeditiva dentro de las 24 horas posteriores a su recepción. Lo llamaremos para comunicarle el resultado de su queja formal expeditiva.
- **Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse con Servicios para Miembros de inmediato.** La queja debe presentarse en un plazo de 60 días calendario contados a partir del momento en que tuvo el problema por el cual desea presentarla.
- **Si usted está presentando una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le aprobaremos una “queja rápida”.** Si usted tiene una “queja rápida”, significa que le daremos una respuesta en un período de 24 horas.

Términos legales

Lo que en esta sección se llama “**queja rápida**”, también se llama “**queja formal expeditiva**”.

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

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, podríamos darle una respuesta durante la misma llamada telefónica. Si su afección médica requiere que le respondamos rápido, haremos eso.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y esta demora lo beneficia, o si usted solicita más tiempo, nos podríamos tomar hasta 14 días calendarios adicionales (44 días calendario total) para responder a su queja. Si decidimos demorar más días, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con su queja o parte de esta o no asumimos la responsabilidad del problema por el cual presenta la queja, se lo informaremos. Nuestra respuesta incluirá las razones de esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo o no con la queja.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Usted puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió usando del proceso paso a paso que se describió anteriormente.

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

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

- **Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente ante esta organización (*sin tener que presentarnos la queja*).
 - 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.
 - Para encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, consulte la Sección 4 del Capítulo 2 de este cuadernillo. Si presenta una queja ante esta organización, colaboraremos con ellos para resolverla.
- **O puede presentar su queja ante ambos al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención y presentarla también ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Sección 10.5 También puede informar a Medicare sobre su queja
--

Puede presentar una queja sobre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare se toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está encargándose de su problema como debería, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

*Finalización de su membresía en el
plan*

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan**Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan**

SECCIÓN 1	Introducción	247
Sección 1.1	Este capítulo se centra en la finalización de su membresía en nuestro plan	247
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede usted dar por finalizada su membresía en nuestro plan?	247
Sección 2.1	Usted puede poner fin a su membresía durante el Período de inscripción anual	247
Sección 2.2	Usted puede poner fin a su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage	248
Sección 2.3	En determinadas situaciones, usted puede poner fin a su membresía durante un Período de inscripción especial	249
Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede poner fin a su membresía?	250
SECCIÓN 3	¿Cómo puede dar por finalizada su membresía en nuestro plan?	251
Sección 3.1	Generalmente, usted finaliza su membresía al inscribirse en otro plan	251
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, usted deberá seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	252
Sección 4.1	Hasta que termine su membresía, usted sigue siendo miembro de nuestro plan	252
SECCIÓN 5	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core debe dar por finalizada su membresía en el plan en determinadas situaciones	253
Sección 5.1	¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?	253
Sección 5.2	<u>No</u> podemos pedirle que deje nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud	254
Sección 5.3	Usted tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan	254

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la finalización de su membresía en nuestro plan

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

- Usted podría dejar nuestro plan porque ha decidido que *desea* dejarlo.
 - Hay solo determinados períodos durante el año, o determinadas situaciones, en que puede finalizar voluntariamente su membresía en el plan. En la Sección 2 se le indica *cuándo* puede poner fin a su membresía en el plan.
 - El proceso para finalizar voluntariamente su membresía varía dependiendo del tipo de cobertura nueva que elige. En la Sección 3 se le indica *cómo* finalizar su membresía en cada situación.
- También hay unas cuantas situaciones en las que usted no elige retirarse, sino que estamos obligados a finalizar su membresía. En la Sección 5 se le explica las situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

Si usted deja nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted dar por finalizada su membresía en nuestro plan?

Usted puede poner fin a su membresía en nuestro plan únicamente durante determinados períodos del año, que se conocen como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En determinadas situaciones, puede que también reúna los requisitos para dejar el plan en otros momentos del año.

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

Usted puede poner fin a su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el “Período de inscripción abierta anual”). Este es el período del año en que usted debe revisar su cobertura de salud y de medicamentos para tomar una decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** Esto sucede del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan

- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir conservar su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año siguiente. Si decide cambiar a un plan nuevo, puede escoger cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede escoger un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no los cubra).
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - – *u* – Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - **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 por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

Nota: Si usted anula su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable por 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará cuando la cobertura de su nuevo plan comience el 1 de enero.

Sección 2.2 Usted puede poner fin a su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tendrá la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Esto sucede todos los años del 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el Período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Durante este período, usted puede hacer lo siguiente:
 - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage. (Puede escoger un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no los cubra).
 - Anular su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiar a Original Medicare durante este período, puede también inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento.

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará el primer día del mes siguiente a la fecha en que se inscriba en un plan diferente de Medicare Advantage o a la fecha en que recibamos su solicitud para cambiarse 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 Core reúnan los requisitos para poner fin a su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

- **¿Quién reúne los requisitos para un Período de inscripción especial?** Si cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a su caso en particular, puede que reúna los requisitos para poner fin a su membresía durante un Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
 - Generalmente, cuando se ha mudado.
 - Si tiene Medicaid a través del Departamento de Salud de Maryland.
 - Si reúne los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar sus medicamentos recetados de Medicare.
 - Si violamos nuestro contrato con usted.
 - Si recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención de largo plazo (LTC).
 - Si usted se inscribe en el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).
 - **Nota:** Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En la Sección 10 del Capítulo 5 se brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.
- **¿Cuándo son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían dependiendo de su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para averiguar si cumple con los requisitos para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si usted reúne los requisitos para poner fin a su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos recetados. Esto quiere decir que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan

- Otro plan de salud de Medicare. (Puede escoger un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no los cubra).
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- – *u* – Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - **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 por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

Nota: Si usted anula su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Generalmente, su membresía acabará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud para cambiar de plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede poner fin a su membresía?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo puede poner fin a su membresía:

- Puede **comunicarse con Servicios para Miembros** (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare y Usted 2021*.
 - Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada otoño. Los que son nuevos en Medicare la reciben a más tardar un mes después de haberse inscrito por primera vez.
 - También puede descargar una copia en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede llamar a Medicare al número que figura abajo para pedir una copia impresa.
- Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan**SECCIÓN 3 ¿Cómo puede dar por finalizada su membresía en nuestro plan?****Sección 3.1 Generalmente, usted finaliza su membresía al inscribirse en otro plan**

Usualmente, para dar fin a su membresía en nuestro plan, simplemente se inscribe en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener información acerca de los períodos de inscripción). Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar que se anule su inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras en que puede pedir que se anule su inscripción:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).
- --O-- puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Nota: Si usted anula su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

En la siguiente tabla se explica cómo debería poner fin a su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan de salud de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribese en el nuevo plan de salud de Medicare. Se anulará automáticamente su inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core 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"> • Inscribese en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Se anulará automáticamente su inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<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"> ◦ Nota: Si usted anula su inscripción en el plan de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable por 63 días o más consecutivos, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía. 	<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 hacer esto (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo). • También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se anule su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se anulará su inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core cuando comience su cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted deberá seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que termine su membresía, usted sigue siendo miembro de nuestro plan

Si deja el plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core, podría pasar cierto tiempo antes de que finalice su membresía y entre en vigor su nueva cobertura de Medicare. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre la fecha en que comienza su nueva cobertura). Durante este período, usted debe continuar recibiendo su atención médica y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe continuar utilizando las farmacias de nuestra red para surtir sus medicamentos recetados hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Por lo general, los medicamentos recetados solo se cubren si se surten en una farmacia de la red, incluidos los servicios de una farmacia de envío por correo.
- **Si usted está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, su estancia hospitalaria generalmente estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (aunque le den el alta después del comienzo de su nueva cobertura médica).

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan

SECCIÓN 5 CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core debe dar por finalizada su membresía en el plan en determinadas situaciones

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

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core 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, debe llamar a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros figuran en el dorso de este cuadernillo).
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si usted no es ciudadano estadounidense o no reside de forma legal en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro con cobertura de medicamentos recetados que pueda tener.
- Si nos proporciona información incorrecta de manera intencional cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
- Si continuamente se comporta de manera inapropiada y nos dificulta la tarea de proporcionarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
 - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare puede solicitar al Inspector General que investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan durante tres meses calendario.
 - Debemos avisarle por escrito que tiene tres meses calendario para pagar la prima del plan antes de que finalicemos su membresía.
- Si tiene que pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare anulará su inscripción en nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos recetados.

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía:

- Puede comunicarse con **Servicios para Miembros** para obtener más información (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).

Sección 5.2 <u>No</u> podemos pedirle que deje nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud
--

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core no está autorizado a pedirle que deje nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por alguna razón relacionada con la salud, debería llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestras razones para darla por terminada. También debemos explicarle cómo usted puede presentar una queja formal o una queja acerca de nuestra decisión de finalizar su membresía. Puede consultar el Capítulo 9, Sección 10, para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre las leyes vigentes	257
SECCIÓN 2	Aviso de no discriminación	257
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare	257
SECCIÓN 4	Responsabilidad civil ante terceros y subrogación	258

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes

Muchas leyes se aplican a esta *Evidencia de Cobertura* y se pueden aplicar algunas disposiciones adicionales porque la ley lo exige. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no se incluyan ni se expliquen en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las reglamentaciones creadas bajo esta ley por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que usted vive.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

Nuestro plan debe cumplir con leyes que lo protegen de la discriminación y del trato injusto. **No discriminamos** por motivos de raza, grupo étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en materia de reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicios. Todas las organizaciones que brindan 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 aplican a organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y norma que se aplica por alguna otra razón.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo). Si desea presentar una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. Según las reglamentaciones de los CMS en el Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), secciones 422.108 y 423.462, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core, como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría según

Capítulo 11. Avisos legales

las reglamentaciones de los CMS en los subapartados B a D del apartado 411 del Título 42 del CFR, y las reglas establecidas en esta sección reemplazan a cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Responsabilidad civil ante terceros y subrogación

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core tiene derechos de subrogación y reembolso. La subrogación requiere que usted le ceda a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core todo derecho que pueda tener contra un tercero. Un tercero es cualquier persona, corporación, compañía aseguradora u otra entidad que pueda ser responsable ante usted por una lesión o enfermedad. Este derecho se aplica a la cantidad de beneficios pagados por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core por lesiones o enfermedades donde un tercero podría ser responsable. Al plan se le entregan los mismos derechos de subrogación y recuperación que están disponibles para el Programa Medicare bajo las reglas de Pagador secundario de Medicare. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core puede usar cualquier derecho de recuperación que esté disponible para el programa Medicare bajo 42 U.S.C. § 1395mm(e)(4), 42 U.S.C. § 1395w-22(a)(4), 42 C.F.R. Parte 411, y 42 C.F.R. Parte 422.

Recuperación significa tener éxito en una demanda, para cobrar u obtener una cantidad; obtener una sentencia favorable o definitiva; obtener una cantidad de cualquier manera legal; un monto finalmente cobrado o el monto de la sentencia como resultado de una acción entablada contra un tercero o que involucre reclamaciones de automovilistas sin seguro o con seguro insuficiente. Una recuperación no incluye los pagos que se le realizan a usted bajo una póliza de protección contra lesiones personales. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core 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 Core tan pronto como sea razonablemente posible que un tercero pueda ser responsable de las lesiones o enfermedades para las que se proporcionan o pagan los beneficios.
- B.** En la medida en que los pagos reales realizados por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core sean resultado del suceso que dio origen a la causa de acción, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core 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 Core el monto recuperado por demanda, liquidación u otro modo de cualquier compañía aseguradora de un tercero, cualquier cobertura de conductor no asegurado o con un seguro insuficiente, o según lo permita la ley, en la medida en que los pagos reales realizados por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core sean resultado del suceso que dio origen a la causa de acción.
- D.** Usted debe proporcionar información y asistencia, y ejecutar documentos que CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core pueda requerir para facilitar la aplicación de estos derechos. Usted no realizará ningún tipo de acción que perjudique los derechos e intereses de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core.

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 Core puede reducirse de la siguiente manera:
- 1.** Dividiendo el monto total de la recuperación de lesiones personales entre el monto total de los honorarios del abogado incurridos por la persona lesionada por servicios prestados en relación con la reclamación de la persona lesionada; y
 - 2.** Multiplicando el resultado por la cantidad de la reclamación de subrogación de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core. Este porcentaje no puede exceder un tercio (1/3) de la reclamación de subrogación de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core.
- F.** A pedido por escrito por parte de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core, usted o su abogado que exige una reducción de la reclamación de subrogación entregará a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core su certificación que indica el monto de los honorarios del abogado incurridos.

CAPÍTULO 12

*Definiciones de términos
importantes*

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Centro de cirugía ambulatoria: Se trata de una entidad que trabaja exclusivamente para brindar servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios que no necesitan ser hospitalizados y cuya estancia en el centro no se espera que supere las 24 horas.

Período de inscripción anual: Período que se establece cada otoño durante el cual los miembros pueden cambiar de plan de salud o de medicamentos o cambiarse a Original Medicare. El Período de inscripción anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Apelación: Una apelación es algo que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud de cobertura de servicios de atención médica o de medicamentos recetados, o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender servicios que esté recibiendo. Por ejemplo, usted puede presentar una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo o servicio que usted considera que debería poder recibir. En el Capítulo 9 se explican las apelaciones, incluido el proceso de presentación de una apelación.

Facturación de un saldo: Ocurre cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente un monto más alto que el monto de distribución de costos permitido del plan. Como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core, usted solo tiene que pagar el monto de la distribución de costos del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No les permitimos a los proveedores “facturar un saldo” o de otro modo cobrarle una cantidad mayor que el monto de distribución de costos que su plan indica que debe pagar.

Período de beneficios: La forma en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de servicios hospitalarios y de un centro de enfermería especializada (SNF). Tanto para Original Medicare como para nuestro plan, un período de beneficios comienza el día en que usted va a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención especializada en un SNF durante 60 días seguidos. Si ingresa a un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficios, empezará un nuevo período de beneficios. La cantidad de períodos de beneficios es ilimitada. Para nuestro plan, un período de beneficios comienza el día en que usted entra en un hospital como paciente internado. El período de beneficios finaliza cuando se le da el alta del hospital. Si ingresa en un hospital como paciente internado después de la finalización de un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios en el que se reinician los copagos. La cantidad de períodos de beneficios es ilimitada.

Medicamento de marca: Es un medicamento recetado que fabrica y vende la empresa farmacéutica que originalmente realizó la investigación y lo desarrolló. Los medicamentos de marca tienen una fórmula con los mismos ingredientes activos que los de la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes y generalmente no están disponibles hasta después de que la patente del medicamento de marca haya vencido.

Etapas de cobertura en caso de catástrofe: Período en el beneficio de medicamentos de la Parte D en el que usted paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre hayan gastado \$6,550 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): La agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

Coseguro: Un monto que quizá usted deba pagar como su parte del costo por servicios o medicamentos recetados. Por lo general, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Queja: El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”. El proceso de quejas se utiliza para ciertos tipos de problemas *únicamente*. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Vea también “Queja formal” en esta lista de definiciones.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): Un centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y que presta diversos servicios, entre los que se incluyen terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla-lenguaje, y servicios de evaluación ambiental en el hogar.

Copago: Un monto que quizá deba pagar como su parte del costo por un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. Un copago es un monto fijo y no un porcentaje. Por ejemplo, quizá deba pagar \$10 o \$20 por una visita al médico o un medicamento recetado.

Distribución de costos: La distribución de costos hace referencia a los montos que un miembro tiene que pagar cuando se reciben medicamentos o servicios. (Esto se agrega a la prima mensual del plan). En la distribución de costos se incluye cualquier combinación de los siguientes tipos de pago: (1) todo monto de “copago” fijo que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (2) todo monto de “coseguro” (un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento) que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico. Una “tasa diaria de distribución de costos” puede aplicarse cuando su médico le receta un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago.

Niveles de distribución de costos: Cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se incluye en uno de los cinco niveles de distribución de costos. Generalmente, cuanto más alto es el número del nivel de distribución de costos, más alto es el costo del medicamento.

Determinación de cobertura: Una decisión sobre si el plan cubre un medicamento recetado y el monto que el miembro debe pagar por el medicamento recetado, si corresponde. En general, si usted lleva su receta médica a una farmacia y la farmacia le informa que su plan no cubre la receta médica, eso no es una determinación de cobertura. Usted debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal acerca de la cobertura. Las determinaciones de cobertura son llamadas “decisiones de cobertura” en este cuadernillo. En el Capítulo 9 se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: Término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados que cubre nuestro plan.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Servicios cubiertos: Término general que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

Cobertura de medicamentos recetados acreditable: Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando reúnen los requisitos para recibir Medicare, en general, pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Atención de custodia: Es la atención personal que se brinda en un hogar de ancianos, un centro para enfermos terminales u otro centro cuando usted no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención de custodia es el cuidado personal que puede ser proporcionado por personas que no tienen las habilidades o capacitación profesional, por ejemplo, ayuda con actividades diarias como bañarse, vestirse, comer, acostarse o pararse de la cama o de una silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como la aplicación de gotas para los ojos. Medicare no paga la atención de custodia.

Tasa diaria de distribución de costos: Puede aplicarse cuando su médico le receta un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. La tasa diaria de distribución de costos es el copago dividido entre el número de días en el suministro de un mes. Por un ejemplo: Si su copago por el suministro de un mes de un medicamento es de \$30, y el suministro de un mes de su plan es de 30 días, entonces su “tasa diaria de distribución de costos” es de \$1 por día. Esto significa que usted paga \$1 por cada suministro de un día cuando surte su medicamento recetado.

Anular la inscripción o Anulación de la inscripción: El proceso de finalización de su membresía en nuestro plan. La anulación de la inscripción puede ser voluntaria (su propia decisión) o involuntaria (decisión ajena a su voluntad).

Tarifa de preparación: Una tarifa que se cobra cada vez que se prepara un medicamento cubierto, para pagar el costo de surtir un medicamento recetado. La tarifa de preparación se utiliza para cubrir los costos de, por ejemplo, el tiempo que dedicó el farmacéutico para preparar y embalar el medicamento recetado.

Equipo Médico Duradero (DME): Ciertos equipos médicos que indica el médico por razones médicas. Por ejemplo, andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar.

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que fallezca, pierda una extremidad o pierda la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

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

Evidencia de Cobertura (EOC) e Información sobre divulgación: Este documento —junto con el formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada— el cual explica su cobertura, lo que nosotros debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: Un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite a usted recibir un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario), o recibir un medicamento no preferido al nivel de distribución de costos más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que usted solicita, o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que usted solicita (excepción al formulario).

Ayuda Adicional (Extra Help): Programa de Medicare cuyo fin es ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare como, por ejemplo, primas, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico: Medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) por tener los mismos principios activos que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento “genérico” funciona del mismo modo que un medicamento de marca y, por lo general, es menos costoso.

Queja formal: Tipo de queja que usted presenta acerca de nosotros o de las farmacias, incluido un reclamo sobre la calidad de la atención. Este tipo de queja no tiene que ver con disputas de cobertura o pago.

Asistente de atención de la salud en el hogar: Los asistentes de atención de la salud en el hogar brindan servicios que no requieren la capacitación de un enfermero o terapeuta autorizado, como ayuda con el cuidado personal (p. ej., ayuda para bañarse, utilizar el baño, vestirse o realizar los ejercicios que le indicaron). Los asistentes de atención de la salud en el hogar no tienen autorización para brindar servicios de enfermería ni terapia.

Centro para enfermos terminales: Un miembro que tiene 6 meses o menos de vida tiene derecho a elegir atención en un centro para enfermos terminales. Nosotros, como su plan, debemos proporcionarle una lista de los centros para enfermos terminales en su área geográfica. Si elige un centro para enfermos terminales y continúa pagando primas, usted continúa siendo un miembro de nuestro plan. Eso quiere decir que puede seguir obteniendo todos los servicios médicamente necesarios, como así también los beneficios complementarios que ofrecemos. Los centros para enfermos terminales proveerán tratamientos especiales para su estado.

Hospitalización: Una estancia hospitalaria cuando usted ha sido formalmente admitido en un hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun si se queda en el hospital de un día para otro, es posible que se le considere “paciente ambulatorio”.

Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (IRMAA): Si su ingreso bruto ajustado modificado, reportado en su declaración de impuestos del IRS (Servicio de Impuestos Internos) de

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

hace 2 años, supera un monto determinado, usted pagará el monto de la prima estándar y un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Esto afecta a menos del 5% de las personas con Medicare, por lo que la mayoría de las personas no pagará una prima mayor.

Límite de cobertura inicial: El límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial: Es la etapa anterior al momento en que sus gastos totales en medicamentos (incluidos los montos que usted ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre en el año) alcancen los \$4,130.

Período de inscripción inicial: Es el período durante el cual puede inscribirse en la Parte A y Parte B de Medicare, una vez que pasa a reunir los requisitos para Medicare por primera vez. Por ejemplo, si reúne los requisitos para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en el que usted cumpla 65 años, que incluye el mes en el que cumple 65 años, y termina 3 meses después del mes en el que cumple 65 años.

Plan institucional para necesidades especiales (SNP): Un plan para necesidades especiales 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). Estos centros LTC pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), un SNF/NF, un centro de cuidados intermediarios para discapacitados mentales (Intermediate Care Facility for the Mentally Retarded, ICF/MR) y/o un centro de atención psiquiátrica para pacientes internados. Para que un Plan institucional para necesidades especiales pueda atender a los residentes de Medicare en centros LTC debe tener una relación contractual con (o poseer y operar) los centros LTC específicos.

Plan institucional equivalente para necesidades especiales (SNP): Un Plan institucional para necesidades especiales 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 personas que residen en un centro de vida asistida (Assisted-Living Facility, ALF) contratado si fuera necesario para garantizar la prestación uniforme de la atención especializada.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): Una lista de los medicamentos recetados que cubre el plan. El plan selecciona los medicamentos en esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos.

Subsidio por bajos ingresos (Low-Income Subsidy, LIS): Consulte “Ayuda Adicional” (Extra Help).

Monto máximo de gastos de bolsillo: Es el monto máximo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B dentro de la red. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

recetados no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo. Consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener más información sobre el monto máximo de gastos de bolsillo.

Medicaid (o Asistencia Médica): Programa conjunto federal y estatal que ayuda a algunas personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos. Los programas Medicaid varían entre estados, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Indicación médicamente aceptada: Se refiere a que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) o respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información sobre la indicación médicamente aceptada.

Medicamento necesario: Servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: El programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o más, algunas personas de menos de 65 años con determinadas discapacidades, y personas con enfermedad renal en etapa terminal (en general personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare, un plan de costos de Medicare, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: Un período que se establece todos los años durante el cual los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden anular su inscripción y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiar a Original Medicare durante este período, puede también inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage comienza el 1 de enero y finaliza el 31 de marzo, y también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona cumple por primera vez con los requisitos para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): En ocasiones se le llama Parte C de Medicare. Es un plan que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de la Parte A y Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un HMO, PPO, un Plan privado de cargo por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o un plan Medical Savings Account (MSA) de Medicare. Cuando está inscrito en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no los paga Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se conocen como **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. Todas las personas que tienen la Parte A y la Parte B de Medicare reúnen los requisitos para inscribirse en cualquier plan de salud Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Plan de costos de Medicare: Un plan de costos de Medicare es un plan operado por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o un Plan Médico Competitivo (CMP) de conformidad con un contrato de costo reembolsado según la Sección 1876(h) de la Ley.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Programa de descuentos durante la Etapa sin cobertura de Medicare: Un programa que brinda descuentos para la mayoría de medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan llegado a la Etapa Sin Cobertura y que todavía no reciben “Ayuda Adicional” (“Extra Help”). Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y algunos fabricantes de medicamentos. Por esto, la mayoría de los medicamentos de marca, no todos, tienen un descuento.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare.

Plan de salud de Medicare: Un plan de salud de Medicare es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye a todos los planes Medicare Advantage, planes de costos de Medicare, Programas de demostración o piloto y Programas de Atención Integral para Adultos Mayores (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): Seguro que ayuda a pagar los medicamentos recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros para pacientes ambulatorios que la Parte A o Parte B de Medicare no cubre.

Póliza “Medigap” (seguro suplementario de Medicare): Seguro suplementario de Medicare vendido por las compañías aseguradoras privadas para cubrir las “brechas” en Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (El plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro Plan o “Miembro del Plan”): Persona con beneficios de Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios para Miembros: Es un departamento de nuestro plan encargado de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre cómo comunicarse con Servicios para Miembros.

Farmacia de la red: Una farmacia de la red es aquella donde los miembros de nuestro plan pueden obtener los beneficios de medicamentos recetados. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que utilizamos para médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizadas o certificadas por Medicare y por el Estado para brindar servicios de atención médica. Los llamamos “proveedores de la red” cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red con base en los acuerdos que tiene con los proveedores o si los proveedores están de acuerdo en proporcionarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también pueden mencionarse como “proveedores del plan”.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Determinación de la organización: Se considera que el plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando toma una decisión acerca de si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto usted tiene que pagar por artículos o servicios cubiertos. En este cuadernillo, a las determinaciones de la organización se les conoce como “decisiones de cobertura”. En el Capítulo 9 se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Original Medicare (“Traditional Medicare” o Medicare con “Cargo por servicio”):

Original Medicare es un plan que ofrece el gobierno, y no es un plan de salud privado como los planes de salud Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. De acuerdo con Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren cuando se les paga a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago que establece el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto que aprueba Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: Farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explica en esta Evidencia de Cobertura, nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que usted recibe de las farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Proveedor fuera de la red o Centro fuera de la red: Un proveedor o centro con el cual no hemos hecho arreglos para coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados de nuestro plan, no son propiedad de nuestro plan, ni están administrados por nuestro plan, o que no se encuentran bajo contrato para proporcionarle a usted servicios cubiertos. El uso de los proveedores o centros fuera de la red se explica en el Capítulo 3 de este cuadernillo.

Gastos de bolsillo: Consulte la definición de “Distribución de costos” más arriba. El requisito de distribución de costos del miembro por el cual debe pagar una parte de los servicios o medicamentos que recibe también se denomina requisito de gastos “de bolsillo” del miembro.

Plan PACE: El plan PACE (Programa de Atención Integral para Adultos Mayores) combina servicios médicos, sociales y de atención de largo plazo (LTC) destinado a personas frágiles, para ayudarlas a que continúen siendo independientes y vivan en su comunidad (en lugar de tener que ir a un hogar de ancianos) el mayor tiempo posible, mientras reciben la atención de alta calidad que necesitan. Las personas que se hayan inscrito en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Parte C: Consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: El programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Para facilitar la comprensión, llamamos Parte D al programa de beneficios de medicamentos recetados).

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte su formulario para ver una lista específica de medicamentos cubiertos). El Congreso excluyó específicamente determinadas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la Parte D.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Multa por inscripción tardía de la Parte D: Monto que se agrega a la prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si usted permanece sin cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que cumple por primera vez con los requisitos para inscribirse en un plan de la Parte D. Usted paga este monto más alto siempre y cuando tenga un plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Ayuda Adicional” (“Extra Help”) de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, usted no pagará una multa por inscripción tardía.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): Un Plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan a cambio de un pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan ya sea que se reciban de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. La distribución de costos de los miembros generalmente será mayor cuando se reciban beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes PPO ponen un límite anual a sus gastos de bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto a sus gastos de bolsillo combinados totales por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Prima: El pago periódico que se realiza a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica por la cobertura médica o de medicamentos recetados.

Proveedor de atención primaria (PCP): Su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. El PCP se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse sano. El PCP también pueden hablar con otros médicos y proveedores de atención médica acerca de su atención y remitirle a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los Proveedores de atención primaria.

Autorización previa: Aprobación anticipada para obtener servicios o determinados medicamentos que pueden estar o no en nuestro formulario. Algunos servicios médicos de la red están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de Beneficios en el Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen “autorización previa” de parte de nosotros. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Prótesis y aparatos ortopédicos: Estos son dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazo, espalda y cuello; extremidades ortopédicas, prótesis oculares y dispositivos necesarios para reemplazar una función o parte interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO): Grupo de médicos practicantes y otros expertos de atención médica a quienes el gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Consulte la

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Sección 4 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Límites de cantidad: Herramienta de administración diseñada para limitar, por razones de calidad, seguridad o utilización, el uso de medicamentos seleccionados. Los límites pueden aplicarse a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período definido.

Servicios de rehabilitación: Estos servicios incluyen terapia física, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Área de servicio: Un área geográfica donde el plan de salud acepta miembros cuando limita la membresía según el área donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, generalmente también es el área donde usted puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). El plan puede anular su inscripción si usted se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): Servicios de atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se brindan de manera continua, todos los días, en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un enfermero certificado o un médico.

Período de inscripción especial: Período establecido durante el cual los miembros pueden cambiarse de plan de salud o de medicamentos, o volver a Original Medicare. Las situaciones que le pueden dar el derecho de usar un Período de inscripción especial incluyen lo siguiente: si se muda fuera del área de servicio, si obtiene “Ayuda Adicional” (Extra Help) con los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a un hogar de ancianos o si violamos nuestro contrato con usted.

Plan para necesidades especiales: Un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica especial para ciertas personas, como las que tienen tanto Medicare como Medicaid, las que viven en un hogar de ancianos o las que tienen alguna afección médica crónica.

Terapia escalonada: Una herramienta de utilización que exige que usted primero pruebe otro medicamento para tratar su afección antes de que cubramos el medicamento que su médico le pueda haber recetado en un primer momento.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): Beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que tienen discapacidades, ceguera o que tienen 65 años o más. Los beneficios SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios que se necesitan con urgencia: Se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no es de emergencia y requiere atención médica inmediata. Los servicios médicos que se necesitan con urgencia los pueden proporcionar proveedores de la red o proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles temporalmente o no se pueda acceder a ellos.

Servicios para Miembros de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
LLAME AL	855-290-5744 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, de lunes a viernes, desde el 1 de abril al 30 de septiembre. Servicios para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, de lunes a viernes, desde el 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	855-215-6947
ESCRIBA A	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage P.O. Box 3236 Scranton, PA 18505
SITIO WEB	www.carefirst.com/medicare

State Health Insurance Assistance Program (SHIP [Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico] 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 or 800-243-3425
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	State Health Insurance Assistance Program Maryland Department of Aging 301 West Preston Street Baltimore, MD 21201
SITIO WEB	https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx

Declaración de divulgación PRA De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage, Inc., un concesionario 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.