

2024

Evidencia de cobertura

MEDICARE ADVANTAGE (HMO)



BLUE CROSS

An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

1 de enero al 31 de diciembre, 2024

Evidencia de Cobertura:

sus beneficios y servicios de salud de Medicare y la cobertura de medicamentos con receta como miembro de Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO)

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura para atención médica y medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2024. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con nuestro número de Servicio al cliente al 888-850-8526 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Atendemos de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo; de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico), de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Esta llamada es gratis.

Este plan, Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO), es ofrecido por Primera Blue Cross. (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos”, o “nuestro/a”, hace referencia a Primera Blue Cross. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO)).

Este documento está disponible de forma gratuita en Español.

Esta información está disponible en un formato diferente, incluidos braille y letra grande.

Los beneficios, los deducibles o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025.

El Formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los afiliados afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

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

- su prima y costo compartido del plan;
- sus beneficios médicos y de medicamentos con receta;
- cómo presentar una queja si no está conforme con un servicio o tratamiento;
- cómo comunicarse con nosotros si necesita más asistencia; y
- otras protecciones que exige la ley de Medicare.

Evidencia de cobertura de 2024

Tabla de contenidos

CAPÍTULO 1: <i>Primeros pasos como miembro</i>	5
SECCIÓN 1 Introducción	6
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?	7
SECCIÓN 3 Materiales importantes para los miembros que recibirá	8
SECCIÓN 4 Sus costos mensual para Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO)	10
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	13
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan	15
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	16
CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	18
SECCIÓN 1 Contactos de Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) (cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con Servicio al cliente)	19
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)	25
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	27
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad	28
SECCIÓN 5 Seguro Social	29
SECCIÓN 6 Medicaid	30
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta	31
SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios	33
SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador?	34

CAPÍTULO 3: *Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos* 35

SECCIÓN 1	Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	36
SECCIÓN 2	Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica	38
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre	42
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?	45
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?	45
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	47
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipo médico duradero	48

CAPÍTULO 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)* 50

SECCIÓN 1	Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos	51
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar	53
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	112

CAPÍTULO 5: *Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D* 120

SECCIÓN 1	Introducción	121
SECCIÓN 2	Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	121
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan	126
SECCIÓN 4	Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos . . .	128
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?	130
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?	132
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?	135
SECCIÓN 8	Obtener un medicamento con receta	136
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	136
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos	138

CAPÍTULO 6:	<i>Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D</i>	141
SECCIÓN 1	Introducción	142
SECCIÓN 2	El precio que paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que esté al obtener el medicamento	145
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra	145
SECCIÓN 4	Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de los medicamentos del Nivel 3, 4 y 5	147
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte	147
SECCIÓN 6	Costos en la Etapa del período sin cobertura	152
SECCIÓN 7	Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D.	153
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que pagas depende de cómo y dónde las obtiene	153
CAPÍTULO 7:	<i>Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos cubiertos o medicamentos cubiertos</i>	156
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos	157
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió	159
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	160
CAPÍTULO 8:	<i>Sus derechos y responsabilidades</i>	162
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sus sensibilidades culturales como miembro del plan	163
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	169

CAPÍTULO 9: <i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>	171
SECCIÓN 1 Introducción	172
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada	172
SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?	173
SECCIÓN 4 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones	174
SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	177
SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	185
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto	195
SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto	202
SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá	208
SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	211
CAPÍTULO 10: <i>Cancelación de su membresía en el plan</i>	216
SECCIÓN 1 Introducción a la terminación de su membresía en nuestro plan	217
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	217
SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	220
SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan	220
SECCIÓN 5 Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones	221
CAPÍTULO 11: <i>Avisos legales</i>	223
SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes	224
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación	224
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	224
SECCIÓN 4 Aviso sobre circunstancias inusuales	225
CAPÍTULO 12: <i>Definiciones de palabras importantes</i>	226

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO), que es un HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cobertura de medicamentos recetados y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO). Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y de la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a los proveedores en este plan difieren de Medicare Original.

Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Health Maintenance Organization, Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

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

Este documento de *Evidencia de cobertura* describe cómo obtener la atención médica y los medicamentos con receta. Explica sus derechos y responsabilidades, qué se cubre, qué paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o un tratamiento.

Las palabras *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren a la atención y los servicios médicos y los medicamentos con receta disponibles para usted como miembro de Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO).

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y qué servicios tiene disponible. Le recomendamos que le dedique un poco de tiempo a leer este documento de *Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicio al cliente.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan

afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales o enmiendas*.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO), desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) después del 31 de diciembre de 2024. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, siempre y cuando cumpla con estos requisitos:

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare
- -- y -- Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.2, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella.
- -- y -- Sea ciudadano estadounidense o esté legalmente presente a los Estados Unidos

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan para Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO)

Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Washington: Cowlitz, Island, King, Kitsap, Lewis, Pierce, San Juan, Skagit, Snohomish, Spokane, Thurston, Walla Walla y Whatcom.

Si tiene planeado mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicio al cliente para ver si tenemos un plan dentro de su área nueva. Si se muda, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

También es importante que usted llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) si no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para los miembros que recibirá

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro cada vez que reciba un servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si corresponde. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:

PREMERA 		SAMPLE	
BLUE CROSS An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association		Name of specific plan	
Enrollee Name FIRST M LASTNAME JR	Plan H7245 XXX	 Members: www.primera.com/MA CUSTOMER SERVICE: 888-850-8526 TTY/TDD: 711 PCP: XXX-XXX-XXXX Mental health/substance abuse treatment: 844-884-1855 Dental Inquiries: 888-850-8526 Vision/Hearing Inquiries: 888-850-8526 24/7 Nurseline: 855-339-8123 Medical Authorizations: 855-339-8127 Dental Provider Service: 855-612-7477 Pharmacist Call: 866-693-4629	
Enrollee ID ZNP888888888	Medical Network Medicare Advantage		
Health Plan (80840) 0000000000	RXBIN: 004336 RXPCN: MEDDADV RXGRP: RX8644		
Group Number 12345	Issued: MM/YYYY		
DENTAL, VISION, HEARING MEDICARE ADVANTAGE HMO		MedicareRx Prescription Drug Coverage	

NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea un miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO), es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta Medicare en un lugar seguro. Es probable que tenga que mostrarla si necesita servicios hospitalarios, servicios en un hospicio o participa en estudios de investigación aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicio al cliente para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera los proveedores actuales de la red y los proveedores de equipo médico duradero. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales, y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la autorización correspondiente, deberá pagar la totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible recibir los servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) autorice el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores y proveedores es disponible en nuestro sitio web, **primera.com/ma**.

Si usted no tiene una copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una copia (electrónica o impresa) de Servicio al cliente. Las solicitudes de copia impresa *Directorio de proveedores y farmacias* se le enviarán por correo dentro de los tres días hábiles.

El Directorio de proveedores y farmacias se indican las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede usar la *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee obtener los medicamentos. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede obtener medicamentos en farmacias fuera de la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de proveedores y farmacias*, puede obtener una copia a través de Servicio al cliente. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en **primera.com/ma**

Sección 3.3 La Lista de medicamentos cubiertos (*Formulario*) del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO). El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la “Lista de medicamentos” de Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO).

La “Lista de medicamentos” le indica si existen restricciones para la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la “Lista de medicamentos.” Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (primera.com/ma) o llamar a Servicio al cliente.

SECCIÓN 4 Sus costos mensual para Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

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

Sección 4.1 Prima del plan

No es necesario que pague por separado la prima mensual del plan de Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO). Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B por usted).

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

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

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

A algunos miembros se les exige pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, pasa un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta. Cobertura acreditable de medicamentos con receta es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura para medicamentos con receta acreditable o de la Parte D. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Cuando se inscribe por primera vez en Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO), le informamos el monto de la multa. Si no paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta.

Usted **no** tendrá que pagarla si:

- recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta;
- ha pasado menos de 63 días consecutivos sin una cobertura acreditable;
- ha tenido cobertura acreditable de medicamentos a través de otra fuente, como un empleador, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le enviará por carta o se incluirá en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
 - **Nota:** El aviso debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos con receta acreditable que estaba previsto que pagara el mismo monto que el plan de medicamentos con receta estándar de Medicare.
 - **Nota:** Las siguientes *no* son coberturas acreditables de medicamentos con receta: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos en medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. Así funciona:

- Si usted pasó 63 días o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta después de que resultara ser elegible para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos que usted no tuvo cobertura. La multa es del 1 % por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2024, el monto promedio de la prima es de \$34.70.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14 % multiplicado por \$34.70, que es igual a \$4.86. Y se redondea en \$4.90. Esta suma se agregará **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres aspectos importantes a tener en cuenta con respecto a esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reiniciará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D solo tendrá como base los meses

en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para el ingreso por edad en Medicare.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar la revisión. Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo si pagó una multa antes de inscribirse en nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, puede comunicarse con Servicio al cliente.

Importante: no deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera que revisemos la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, se podría cancelar su inscripción por falta de pago de las primas de su plan.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Puede que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando sus ingresos brutos modificados ajustados, según los informó en su declaración de impuestos ante el Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años. Si este monto supera un determinado número, usted paga el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que es posible que deba pagar en función de sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de jubilación para ferroviarios o de la Oficina de administración de personal, independientemente de cómo paga siempre su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si usted no paga el monto adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

Si no está de acuerdo con pagar un monto adicional, puede pedirle al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Si usted paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay varias formas de pagar la multa

Hay cuatro formas de pagar la multa. Usted elige la forma de pago al momento de inscribirse. Si desea cambiar la forma de pago, comuníquese con Servicio al cliente.

Opción 1: Puede pagar con cheque

Puede pagar con cheque cada mes. Las declaraciones de facturación se generan y envían por correo mensualmente. La factura incluye un cupón de pago y un sobre de retorno.

Si desea enviar el cheque por correo postal, nuestra dirección de pago es la siguiente:

Primera Blue Cross
PO Box 748645
Los Angeles, CA 90074-8645

Incluya su número de identificación de miembro en el cheque. Los pagos deben abonarse el primer día de cada mes; si se pagan después del primer día de cada mes, se consideran retrasados. Los cheques deben emitirse a nombre de Primera Blue Cross Medicare Advantage.

Opción 2: Transferencia electrónica de fondos (TEF) desde su cuenta corriente o caja de ahorros para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D

Le recomendamos que pague su monto mensual a través de EFT (también llamado Retiro bancario automático (ABW)) de su cuenta bancaria. Este es un método de pago mensual que es una forma segura y conveniente de pagar primas o multas por inscripción tardía. Este método elimina el trabajo de escribir cheques y manejar facturas. No le cuesta nada extra, y cuando viaja sabe que su pago está pagado y nunca se atrasa. El monto mensual se deducirá automáticamente de su cuenta el 1 de cada mes. Tenga en cuenta que una vez que esta opción de pago esté en vigor, no recibirá estados de cuenta mensuales. Comuníquese con Servicio al cliente para obtener más información sobre cómo pagar la prima de su plan de esta manera. Estaremos encantados de ayudarle a configurar esto.

Opción 3: Puede pedir que le descuenten la multa por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual de la Junta de jubilación para ferroviarios

Puede debitar la multa por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual de la Junta de Retiro Ferroviario. Comuníquese con Servicio al cliente para obtener más información sobre cómo pagar la multa o la prima del plan de esta manera. Con gusto lo ayudaremos con este asunto.

Opción 4: Tener su multa por inscripción tardía de la Parte D se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social.

Puede pedir que la multa por inscripción tardía de la Parte D se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicio al cliente para obtener más información sobre cómo pagar la multa mensual del plan de esta manera. Con gusto lo ayudaremos con este asunto.

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

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

La multa por inscripción tardía de la Parte D se debe pagar en nuestra oficina antes del 1 de cada mes. Si no hemos recibido el pago antes del 1 ° del mes, le enviaremos un aviso en el que le informaremos que su membresía del plan se cancelará si no recibimos el pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D en un plazo de 2 meses. Si se le exige pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagarla para mantener su cobertura de medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, si la adeuda dentro del plazo, comuníquese con Servicio al cliente para ver si podemos derivarlo a programas que lo ayuden con los costos.

Si cancelamos su membresía porque no pagó su multa por inscripción tardía de la Parte D, si se debe, Original Medicare le brindará su cobertura médica. Además, posiblemente no podrá recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el período de inscripción anual. (Si supera los 63 días sin cobertura para medicamentos acreditable, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

En el momento en que cancelemos su membresía, nos seguirá debiendo la multa que no pagó. Tenemos derecho a solicitar el pago del monto de la cantidad que usted adeuda.

Si usted piensa que hemos cancelado su membresía por error, puede presentar una queja (también llamado reclamo); consulte el Capítulo 9 para ver cómo se presenta una queja. Si usted tuvo una circunstancia de emergencia que estuvo fuera de su control y debido a esto no pudo pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D, si se adeuda, dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de las quejas, volveremos a revisar nuestra decisión. En el Capítulo 9, Sección 10 de este documento se indica cómo presentar una queja, o puede llamarnos al 888-850-8526 entre las de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo; de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico), de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe realizar la solicitud antes de los 60 días posteriores a la fecha en que se cancela su membresía.

Sección 5.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su 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 llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeuda, o que deba comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto puede ocurrir si se vuelve elegible para el programa de “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda adicional” durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y se vuelve elegible para la “Ayuda adicional” durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si pierde la “Ayuda adicional,” puede quedar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días consecutivos o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta.

Puede encontrar más información sobre el programa de “Ayuda adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Su registro de membresía registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y los montos de gastos compartidos.** Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, indemnización al trabajador o Medicaid).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un hogar de convalecencia.
- Si recibe atención médica en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que no pertenecen a la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).

- Si está participando en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene intención de participar, pero lo animamos a que lo haga).

Si alguno de estos datos cambia, infórmenos llamando al Servicio al cliente.

También es importante que se comuniquen con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

Medicare nos exige recopilar información sobre usted con respecto a otra cobertura de salud o de medicamentos que usted tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. Esto se denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de otra cobertura de seguros de salud o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta, o si usted tiene otra cobertura que no es incluida en el detalle, llame a Servicio al cliente. Es posible que sus otros aseguradores le requieran el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga se denomina pagador principal y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado pagador secundario, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

Estas normas se aplican para la cobertura del plan de salud de un sindicato o empleador:

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o Enfermedad Renal Terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge o pareja de hecho todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más,

o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.

- Si usted tiene Medicare debido a una Enfermedad Renal Terminal (ESRD), su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación laboral

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

CAPÍTULO 2:

*Números de teléfono
y recursos importantes*

SECCIÓN 1 Contactos de Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO)

(cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con Servicio al cliente)

Cómo puede ponerse en contacto con Servicio al cliente del plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) Servicio al cliente. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Servicio al cliente – Información de contacto
LLAME AL	888-850-8526 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo; de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico), de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Servicio al cliente también cuenta con servicios de intérprete gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m. (Hora del Pacífico), los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo; de 8 a.m. a 8 p.m. (Hora del Pacífico), de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	800-390-9656
ESCRIBA A	Primera Blue Cross Medicare Advantage Plans PO Box 211151 Eagan, MN 55121
PÁGINA WEB	primera.com/ma

Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión o una apelación de cobertura sobre atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o para medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones de su atención médica, o para medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de cobertura de atención médica – Información de Contacto
LLAME AL	888-850-8526 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m. (Hora del Pacífico), los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo; de 8 a.m. a 8 p.m. (Hora del Pacífico), de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre Servicio al cliente también cuenta con servicios de intérprete gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m. (Hora del Pacífico), los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo; de 8 a.m. a 8 p.m. (Hora del Pacífico), de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	1-866-809-1370
ESCRIBA A	Primera Blue Cross Medicare Advantage Plans Attn: Care Management PO Box 21481 Eagan, MN 55121
PÁGINA WEB	primera.com/ma

Método	Decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	844-449-4723 Las llamadas a este número son gratuitas. las 24 horas del día, los 7 días de la semana
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. las 24 horas del día, los 7 días de la semana
FAX A	855-633-7673
ESCRIBA A	CVS Caremark Parte D Apelaciones y Excepciones PO Box 52000, MC 109 Phoenix, AZ 85072-2000
PÁGINA WEB	premera.com/ma

Método	Apelaciones sobre la atención médica y dental – Información de Contacto
LLAME AL	888-850-8526 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m. (Hora del Pacífico), los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo; de 8 a.m. a 8 p.m. (Hora del Pacífico), de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m. (Hora del Pacífico), los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo; de 8 a.m. a 8 p.m. (Hora del Pacífico), de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	800-889-1076
ESCRIBA A	Primera Blue Cross Medicare Advantage Plans Attn: Appeals and Grievances Department PO Box 21481 Eagan, MN 55121
PÁGINA WEB	premera.com/ma

Método	Apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D – Información de Contacto
LLAME AL	844-449-4723 Las llamadas a este número son gratuita. las 24 horas del día, los 7 días de la semana
TTY	711 Las llamadas a este número son son gratuitas. las 24 horas del día, los 7 días de la semana
FAX	855-633-7673
ESCRIBA A	CVS Caremark Part D Appeals and Exceptions PO Box 52000, MC 109 Phoenix, AZ 85072-2000
PÁGINA WEB	primera.com/ma

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D – Información de Contacto
LLAME AL	888-850-8526 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m. (Hora del Pacífico), los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo; de 8 a.m. a 8 p.m. (Hora del Pacífico), de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m. (Hora del Pacífico), los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo; de 8 a.m. a 8 p.m. (Hora del Pacífico), de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	800-889-1076
ESCRIBA A	Primera Blue Cross Medicare Advantage Plans Attn: Appeals and Grievances Department PO Box 21481 Eagan, MN 55121
PÁGONA WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare por Internet, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica, los servicios dentales o un medicamento que recibió

Si ha recibido una factura o ha pagado por servicios (por ejemplo, la factura de un proveedor) que usted cree que deberíamos pagar, es posible que tenga que pedirnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte Capítulo 7 (*Cómo solicitar que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Solicitudes de pago para la atención médica – Información de contacto
ESCRIBA A	Member Correspondence PO Box 211151 Eagan, MN 55121
PÁGINA WEB	premera.com/ma

Método	Solicitudes de pago para servicios dentales – Información de contacto
ESCRIBA A	Premiera Blue Cross PO Box 981743 El Paso, TX 79998-1743
PÁGINA WEB	premera.com/ma

Método	Solicitudes de pago para medicamentos con receta de la Parte B – Información de contacto
ESCRIBA A	CVS/Caremark - Medicare Part D Paper Claim PO Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066
PÁGINA WEB	premera.com/ma

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

Medicare es el programa federal de seguro médico destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen Enfermedad Renal Terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados CMS). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de 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. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
PÁGINA WEB	<u>www.medicare.gov</u> Este es la página web oficial del gobierno para Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica domiciliaria y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción de Medicare con las siguientes herramientas: • Herramienta de elegibilidad de Medicare: Brinda información sobre el estado de elegibilidad para Medicare. • Buscador de planes de Medicare: Brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un <i>valor estimado</i> de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare.

Método	Medicare – Información de contacto
	También puede utilizar la página web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO): • Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar un reclamo sobre Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarle a ingresar en la página web con su computadora. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en la página web y revisar la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

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

El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Washington, el SHIP se llama Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA).

SHIBA es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a las personas con Medicare.

Los asesores de SHIBA pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico, y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. SHIBA Los asesores también pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare y a comprender las opciones de su plan de Medicare, además de responder a preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite www.shiphelp.org (Haga clic en SHIP LOCATOR en medio de la página)
- Seleccionar su **ESTADO** de la lista. Esta acción lo dirigirá a una página con números de teléfono y recursos específicos para el estado en el que reside.

Método	Asesoramiento Estatal en Beneficios de Seguros de Salud (SHIP de Washington) - Información de contacto
LLAME AL	800-562-6900
TTY	360-586-0241 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades en la audición o el habla.
ESCRIBA A	SHIBA Office of the Insurance Commissioner PO Box 40255 Olympia, WA 98504-0255
PÁGINA WEB	www.insurance.wa.gov/shiba

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. En Washington, la Organización para la mejora de la calidad se llama Acentra Health.

Acentra Health está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga Medicare a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Acentra Health es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe comunicarse con la Acentra Health:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en el Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finalizan demasiado pronto.

Método	Acentra Health (Organización para la mejora de la calidad de Washington) - Información de contacto
LLAME AL	888-305-6759 Horario para presentar quejas: Lunes a viernes: 9:00 a.m. - 5:00 p.m. (hora local) Horario para presentar apelaciones: Lunes a viernes: 9:00 a.m. - 5:00 p.m. (hora local) Fines de semana - feriados: 10:00 a.m. - 4:00 p.m. (hora local)
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.
FAX	844-878-7921
ESCRIBA A	Acentra Health BFCC-QIO 5201 West Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
PÁGINA WEB	<u>www.acentraqio.com</u>

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen Enfermedad Renal Terminal y cumplen con determinadas condiciones son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

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 mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para informar dichos cambios.

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid. Los programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de ahorros de Medicare** incluir:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros gastos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que reúne los requisitos (Qualifying Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con Washington Apple Health.

Método	Washington Apple Health – Información de contacto
LLAME AL	800-562-3022 De lunes a viernes, de 7 a.m. a 5 p.m., hora del Pacífico (a excepción de los feriados estatales).
TTY	711
ESCRIBA A	Washington Apple Health (Medicaid) PO Box 45531 Olympia, WA 98504-5531
PÁGINA WEB	www.hca.wa.gov

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

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

Programa de “Ayuda adicional” de Medicare

Medicare ofrece “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su auto. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos con receta. Esta “Ayuda adicional” también cuenta para los gastos que paga de su bolsillo.

Si califica para la “Ayuda adicional” en forma automática, Medicare le enviará una carta. No tendrá que hacer una solicitud. Si no califica para la “Ayuda adicional” en forma automática, puede obtener la “Ayuda adicional” para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta. Para saber si reúne los requisitos para recibir la “Ayuda adicional”, llame al:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana;
- A la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
- A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (Para obtener la información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo).

Si cree que reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional” y que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta está pagando una cantidad incorrecta de costo compartido, nuestro plan tiene un proceso para que solicite ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto o que le permite entregarlas si es que ya tiene las pruebas.

- Comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente si cree que le están cobrando un monto de gastos compartidos incorrecto. El Departamento de Servicios al Cliente puede confirmar cuál es su cobertura actualmente y si la “Ayuda Adicional” se aplica de la manera adecuada a sus beneficios. Es probable que tenga que presentar alguno de los siguientes documentos para verificar su Subsidio de Bajos Ingresos si usted cree que nos hemos equivocado:
 - Una copia de su tarjeta de Medicaid que incluya el nombre del miembro y una fecha de elegibilidad durante un mes después de junio del año calendario anterior;
 - una copia de un documento estatal que confirme su estado activo con Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior;
 - una copia impresa del archivo electrónico estatal de inscripción que indique el estado con Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior;

- una impresión de pantalla de los sistemas estatales de Medicaid que indique el estado con Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior;
- otros documentos proporcionados por el estado que indiquen su estado con Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior;
- una carta de la Administración de Seguro Social (SSA) que indique que la persona recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI); o
- una solicitud presentada por una persona considerada elegible que confirme que el beneficiario es "...automáticamente elegible para la ayuda adicional..."

Tras recibir los documentos que se mencionan anteriormente, el plan actualizará su información en el plazo de las 72 horas después de la recepción para que pueda pasar a buscar su receta médica con el nuevo costo. Si no puede presentar ninguno de los documentos que se mencionaron anteriormente, pero aún cree que califica, el Departamento de Atención al Cliente está disponible para ayudarlo.

- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al cliente.

¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de los EE. UU. ofrecen ayuda para pagar las recetas, las primas de los planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP) o cualquier otro programa que brinda cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea la "Ayuda adicional"), aún conservará el 70 % de descuento sobre los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5 % de los costos de los medicamentos de marca en el período de interrupción en la cobertura. Tanto el descuento del 70 % como el 5 % que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes que cualquier SPAP u otra cobertura.

¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?

¿Qué es el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el ADAP califican para la asistencia a través del El Programa de asistencia para medicamentos del VIH (ADAP) del estado de Washington se conoce como Programa de intervención temprana (EIP). El EIP proporciona servicios para ayudar a las personas elegibles

con VIH a obtener los medicamentos y la asistencia con los pagos de primas de seguro de salud que necesitan para mejorar y mantener la salud

Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de asegurado/subasegurado. Si cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción del ADAP local para que pueda seguir recibiendo asistencia. Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, llame al 877-376-9316.

Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP)

Muchos estados tienen Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad financiera, la edad, la afección o la discapacidad. Cada estado se rige por distintas normas para brindar cobertura para medicamentos a sus miembros.

En Washington, el Programa estatal de asistencia farmacéutica se llama Washington Prescription Drug Program (WPDP).

Método	Washington Prescription Drug Program (WPDP) – Información de contacto
LLAME AL	800-913-4146 De lunes a viernes de 7:30 a. m. a 5:30 p. m hora del Pacífico
TTY	711
ESCRIBA A	Health Care Authority Cherry Street Plaza 626 8th Avenue SE Olympia, WA 98501
PÁGINA WEB	www.hca.wa.gov/about-hca/prescription-drug-program

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios

La Junta de jubilación para ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Retiro Ferroviario – Información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si pulsa “0”, podrá hablar con un representante de RRB de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles. Si pulsa “1”, podrá acceder a la línea de ayuda automática de RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
PÁGINA WEB	rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o a Servicio al cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho). (Los números de teléfono de Servicio al cliente figuran en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan.

Si tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con **el administrador de beneficios del grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:

*Cómo utilizar el plan para obtener
servicios médicos*

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica cubierta. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos recetados y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted del costo de dicha atención, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*).

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

- **Los proveedores** son los médicos y otros profesionales de salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y el monto de su costo compartido como pago completo. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención médica que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, paga la parte que le corresponde por el costo de los servicios.
- **Los servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos, y los medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios en Capítulo 4. Los servicios cubiertos para los medicamentos recetados se analizan en Capítulo 5.

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

Como un plan de salud de Medicare, Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios, equipos o suministros son necesarios para la

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

- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinda y supervisa su atención médica.** Como miembro de nuestro plan, puede elegir un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 en este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, your network PCP deberá autorizarlo con antelación antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. A esto se le denomina darle una remisión. Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - Las recomendación de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. También hay otros tipos de cuidado que usted puede recibir sin tener la autorización previa de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir su atención médica de un proveedor de la red** (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 en este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención médica que reciba de un proveedor que no pertenezca a la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *A continuación se describen tres excepciones:*
 - El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita recibir atención médica que Medicare requiere que nuestro plan brinde cobertura, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esta atención, puede recibir esta atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Se debe obtener autorización del plan antes de obtener la atención médica. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor fuera de la red. Para más información sobre cómo obtener autorización para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando el proveedor de este servicio no está disponible o no se puede acceder a él temporalmente. El costo compartido que usted paga al plan por la diálisis nunca puede superar el costo compartido de Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe la diálisis de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted decide obtener los servicios

dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

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

Sección 2.1 Usted debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica

¿Qué es un PCP y qué hace el PCP por usted?

- ¿Qué es un PCP?

Cuando usted se hace miembro de Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO), debe elegir un proveedor del plan para que sea su PCP. Su PCP coordinará los servicios cubiertos que reciba como miembro del plan. Por ejemplo, para realizar una consulta con un especialista, en la mayoría de los casos, primero deberá obtener la aprobación de su PCP (esto se denomina obtener una “recomendación” a un especialista).

- ¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP?

Su PCP es un médico, personal de enfermería profesional o profesional de la salud que cumple con los requisitos del estado y está capacitado para brindarle atención médica básica. Usted recibirá su atención médica básica o de rutina de su PCP. Su PCP puede ser:

- Un médico de medicina interna
- Un auxiliar médico
- Un médico de familia
- Un médico de medicina general
- Un médico de geriatría
- Personal de enfermería profesional
- Un pediatra, para los miembros menores de 18 años

- ¿Cuál es el papel de un PCP en su plan?

Por lo general, primero realizará una consulta con su PCP para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Hay pocos tipos de servicios cubiertos que usted puede obtener por su cuenta, sin consultar primero a su PCP. Consulte la Sección 2.2 para conocer las excepciones.

- ¿Cuál es el papel de la PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?

Su PCP le proporcionará la mayor parte de su atención médica y le ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que obtiene como miembro del plan. Esto incluye sus radiografías, pruebas de laboratorio, terapias, atención médica de especialistas, ingresos en hospitales y atención médica de seguimiento. La “coordinación” de sus servicios incluye el control o la consulta con otros proveedores del plan sobre su atención médica y evolución. Si usted necesita determinados tipos de servicios o suministros cubiertos, debe obtener la aprobación por adelantado de su PCP (por ejemplo, una recomendación médica para ver a un especialista). En algunos casos, su PCP también deberá solicitar una autorización previa (aprobación previa). Dado que su PCP le proporcionará y coordinará su atención médica para algunos servicios, debe enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP, a menos que ya los tenga.

- ¿Cuál es el papel del PCP en la toma de decisiones o en la obtención de autorización previa, si corresponde?

El PCP tiene la autoridad y la responsabilidad de solicitar autorización previa para las pruebas, tratamientos u otros servicios que contribuyan al plan de atención general del paciente, cuando el PCP gestiona directamente ese aspecto del plan de atención médica del paciente. Cuando el PCP ha realizado una recomendación a un especialista, que a su vez desea obtener autorización previa para realizar pruebas, tratamientos u otros servicios, el especialista tiene la autoridad y la responsabilidad primarias de solicitar la autorización previa. Sin embargo, el especialista o el miembro pueden solicitar la asistencia del PCP y el plan aceptará una solicitud de autorización previa del especialista, del PCP o del miembro para los servicios que esté considerando el especialista.

¿Cómo elige al PCP?

Puede seleccionar un PCP del *Directorio de proveedores y farmacias* o puede ponerse en contacto con un Servicio al cliente para obtener ayuda. No olvide notificar a Servicio al cliente cuando haya seleccionado un PCP.

Si hay un especialista u hospital en particular que desee utilizar, consulte primero para asegurarse de que su PCP haga recomendaciones a dicho especialista o utilice dicho hospital.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier razón, en cualquier momento. Además existe la posibilidad de que su PCP deje de estar en la red de proveedores del plan y que usted tenga que elegir a un nuevo PCP.

No olvide notificar a Servicio al cliente si quiere cambiar su PCP con anterioridad a su primera consulta a un nuevo PCP. Los cambios a su PCP tendrán vigencia en el primer día del mes siguiente a la fecha de la solicitud. Nuestro Servicio al cliente le ayudará con gusto a cambiar su

PCP. Si hay un cambio de PCP, todas las recomendaciones a sus especialistas hechas por el PCP actual/anterior se terminarán en la fecha de entrada en vigencia del nuevo PCP.

Tenga en cuenta que: Si está bajo el cuidado de un especialista, es necesario que el nuevo PCP coordine y apruebe las recomendaciones vigentes. Si hay un especialista u hospital en particular que desee utilizar, consulte primero para asegurarse de que su PCP haga recomendaciones a dicho especialista o utilice dicho hospital.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir si no una referencia de su PCP por adelantado?

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una autorización por adelantado de su PCP.

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red.
- Vacunaciones contra la gripe, la COVID-19, la hepatitis B y la neumonía, siempre que las obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son de emergencia, prestados cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente o cuando el miembro está fuera del área de servicio. Por ejemplo, usted necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicio al cliente antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio.
- Examen visual de rutina y equipo para la vista. Se requiere que use un proveedor del plan para los servicios para la visión.
- Examen auditivo de rutina y audífonos. Se requiere que use un proveedor del plan para los servicios para la audición.
- Servicios dentales cubiertos. Los servicios deben ser provistos por un dentista autorizado.

Sección 2.3 Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.

- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

Se proporcionan beneficios para servicios de atención de salud médicamente necesarios solamente cuando su PCP, junto con el Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO), proporciona u organiza los servicios. Su PCP le proporcionará la mayor parte de su atención médica y, cuando sea médicamente apropiado, le recomendará a un especialista del Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO).

Los servicios tales como procedimientos quirúrgicos electivos, hospitalizaciones, recomendaciones a proveedores fuera de la red y cuidados de enfermería especializada deben contar con la aprobación de Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) antes de que reciba atención médica. Su PCP es responsable de obtener la aprobación de Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) para estos servicios. Comuníquese con el Servicio al cliente para obtener más información. Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento.

Si hay un especialista u hospital en particular que desee utilizar, consulte primero para asegurarse de que su PCP haga recomendaciones a dicho especialista o utilice dicho hospital.

Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener más información sobre los servicios que requieren autorización previa.

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

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

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Lo notificaremos cuando su proveedor vaya a dejar el plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le avisaremos si ha visto a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le avisaremos si está asignado a ese proveedor, si actualmente recibe atención de él o si lo ha visto en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor cualificado de la red al que pueda acceder para seguir recibiendo atención.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizar, que el tratamiento o las terapias médicamente necesarios que está recibiendo continúen.

- Le proporcionaremos información sobre los diferentes periodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Le brindaremos los beneficios cubiertos médicamente necesarios fuera de nuestra red de proveedores, pero con el costo compartido de dentro de la red, cuando en la red no haya disponible ningún proveedor o beneficio adecuado para sus necesidades médicas.
- Si se entera de que su médico o especialista deja el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a buscar un nuevo proveedor que lo atienda.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para sustituir a su anterior proveedor o que su atención no se está gestionando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja sobre la calidad de la atención ante el plan, o ambas. Consulte el capítulo 9.

Sección 2.4 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red

En general, este plan no permite un beneficio fuera de la red. Los siguientes beneficios son el único momento en que los servicios obtenidos fuera de la red no correrían por su propia cuenta.

- Atención médica de emergencia o requerida urgentemente cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan o cuando los proveedores dentro de la red no se encuentran provisoriamente disponibles. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para detalles complementarios sobre la obtención de este tipo de atención médica.
- Vacunas contra la gripe o neumonía.
- Servicios de diálisis renal que puede obtener de un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, debe informarnos el lugar donde estará antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarlo a organizar para que reciba diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicios.

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

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un bebé por nacer), la pérdida de un miembro o de la función de un miembro, o la

pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Consiga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la aprobación o una derivación del PCP. No es necesario que recurra a un médico de la red. Puede recibir atención médica de urgencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, aunque no forme parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención médica de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos sobre su atención médica de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. El número de teléfono y los días y horas de operación se encuentran en el reverso de su tarjeta de membresía.

¿Qué cobertura tiene en el caso de una emergencia médica?

El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que continúe estable. Sus médicos seguirán brindándole tratamiento hasta que se pongan en contacto con nosotros y hagan planes para una atención adicional. El plan cubre la atención médica de seguimiento.

Si la atención médica de emergencia se la proporcionan proveedores que no pertenecen a la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención médica tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

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

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba, siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, una vez que el médico haya determinado que *no* era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.

- *O bien*, la atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia usted respeta las reglas para obtener este cuidado urgente (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 más abajo).

Sección 3.2 Cómo obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios

¿Qué son los servicios de urgencia?

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

Si tiene una necesidad médica urgente, se puede comunicar con su proveedor de atención primaria, llame a la línea de enfermería de Primera las 24 horas al día, 7 días a la semana al 855-339-8123 y/o obtenga servicios de cualquier proveedor de cuidado urgente. Para obtener más información sobre gastos compartidos, consulte el Capítulo 4, Sección 2.

Cuando usted esté fuera del área de servicio y no pueda obtener la atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que obtenga de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre los servicios de atención de urgencia en todo el mundo si recibe la atención fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias: servicios se refieren a una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, según se describe más arriba.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

Visite el siguiente sitio web: **[primera.com/ma](https://www.primera.com/ma)** para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos

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

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

Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios que se encuentran en la Tabla de beneficios médicos en Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y que no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

En el caso de los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado el beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Después de que haya alcanzado el límite de su beneficio para un servicio, los gastos adicionales de su bolsillo por ese servicio no contarán para el monto máximo de su bolsillo.

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

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también denominado un *estudio clínico*) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen solicitar voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio y usted exprese su interés, alguien que trabaje en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más sobre el estudio y ver si cumple los requisitos establecidos por los científicos que lo dirigen. Puede participar en el estudio solamente si cumple con los requisitos del estudio y si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si nos informa que

está participando en un ensayo clínico calificado, será responsable solo de los gastos compartidos dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si ha pagado más, por ejemplo, si ya ha pagado el costo compartido de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que ha pagado y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, debe presentar la documentación que demuestre la cantidad que ha pagado. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscripto en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita informarlo ni obtener nuestra aprobación ni su PCP lo aprueben. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención médica como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que es responsable nuestro plan que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Entre ellos se incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones nacionales de cobertura (NCD) y los ensayos de dispositivos en investigación (IDE), y pueden estar sujetos a autorización previa y a otras normas del plan.

Aunque no es necesario que obtenga el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para los afiliados de Medicare Advantage por Original Medicare, lo animamos a que nos lo notifique con antelación cuando decida participar en ensayos clínicos que califiquen para Medicare.

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

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

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio de investigación, incluidos:

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

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

Este es un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: Supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar \$20 como su parte de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis sería de \$10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría \$20 de copago según lo requiere Medicare Original. Luego, deberá notificar a su plan que ha recibido un servicio en un ensayo clínico calificado y presentar la documentación, como la factura del proveedor, al plan. El plan luego le pagaría directamente a usted \$10. Por lo tanto, el pago neto es \$10, el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, debe presentar la documentación a su plan, como la factura del proveedor.

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagará nada de lo siguiente:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica visite el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare y los estudios de investigación clínica), (que se encuentra disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.) También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico **no exceptuado**.

- La atención o el tratamiento médicos **no exceptuados** corresponden a la atención o el tratamiento médicos *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- La atención o el tratamiento médicos **exceptuados** corresponden a la atención o el tratamiento médicos que *no* son voluntarios o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplican la siguiente condición:
 - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.

No hay límite para el número de días cubiertos por el plan para cada estadía hospitalaria cubierta por Medicare o médicamente necesaria. Consulte la tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como dispositivos protésicos. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO), generalmente no adquirirá la titularidad de los equipos médicos duraderos (DME) alquilados sin importar cuántos copagos haga por el equipo mientras sea

miembro de nuestro plan, aunque haya realizado hasta 12 pagos consecutivos por el DME en virtud de Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos la posesión del DME. Comuníquese con Servicio al cliente para obtener más información.

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

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare a fin de adquirir la propiedad del artículo. Los pagos realizados mientras está inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Ha realizado 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que haya realizado en Medicare Original no cuentan. Tendrá que realizar trece (13) pagos a nuestro plan antes de poseer el artículo.

Ejemplo 2: Ha realizado 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Usted estuvo en nuestro plan pero no obtuvo la titularidad mientras estaba en nuestro plan. Luego vuelve a Medicare Original. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos una vez que vuelva a inscribirse en Medicare Original para convertirse en propietario del artículo. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Sondas y accesorios de oxígeno afines para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si deja Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) o ya tiene necesidad médica del equipo de oxígeno, este se debe devolver.

¿Qué sucede si abandona el plan y regresa a Original Medicare?

Original Medicare exige que un proveedor de oxígeno le proporcione servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor le proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago del oxígeno). Después de cinco años, puede elegir seguir con la misma compañía o cambiarse a otra. En este momento, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar, aunque siga con la misma compañía, y usted debe pagar copagos los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo deja, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar.

CAPÍTULO 4:

*Tabla de beneficios médicos
(lo que está cubierto y
lo que le corresponde pagar)*

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos

En este capítulo, se incluye una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se detallan los límites para ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos.

- **Copago** es un monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coseguro** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúne los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) nunca debe pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB, si corresponde.

Sección 1.2 Nuestro plan tiene un deducible para ciertos tipos de servicios

El plan tiene un monto de deducible de \$25 para Servicios dentales integrales. Hasta que haya pagado el monto de deducible, debe pagar el costo total por Servicios dentales integrales. Una vez que haya pagado el deducible, comenzaremos a pagar la parte que nos corresponde de los costos de los servicios dentales cubiertos y usted pagará su parte durante el resto del año natural. El deducible solo se aplica a su Servicios dentales integrales. Esto significa que una vez que haya alcanzado el deducible para Servicios dentales integrales, comenzaremos a pagar el 100 % de los costos de su Servicios dentales integrales con cobertura.

Sección 1.3 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?

Debido a que usted está suscrito a un Plan Medicare Advantage, existe un límite en cuanto a la cantidad total que debe pagar de su bolsillo cada año por servicios médicos dentro de la red que se encuentran cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare (consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2, que se encuentra a continuación). Este límite es el monto máximo que paga de su bolsillo por servicios médicos. Para el año natural 2024, este monto es de \$6,500.

Los montos que usted paga por copagos y coseguro por servicios cubiertos dentro de la red cuentan para el cálculo del monto máximo de su bolsillo. (Los montos que paga por la multa por inscripción tardía en la Parte D, si hubiera alguna, los medicamentos con receta de la Parte D, y su deducible y sus gastos compartidos por los servicios dentales por encima del reembolso permitido (si corresponde) no cuentan para el monto máximo de su bolsillo). Además, los montos que usted paga por algunos servicios no cuentan para el cálculo del monto máximo que paga de su propio bolsillo. Estos servicios están marcados con un ^ en la Tabla de beneficios médicos. Si usted alcanza el monto máximo de su bolsillo de \$6,500, no deberá pagar ningún otro gasto de su bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos dentro de la red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.4 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen saldos

Como miembro de Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar la parte que le corresponde del monto del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales, lo que se denomina **facturación de saldos**. Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, \$15.00), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión o para emergencias o servicios de urgencia).
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión, o para emergencias o fuera del área de servicio para servicios de urgencia).
- Si cree que un proveedor le ha facturado saldos, llame a Servicio al cliente.

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) cubre y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos con receta de la Parte D se encuentra en , Capítulo 5. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluyendo atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Usted recibe su atención médica de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de atención de emergencia o de urgencia o que su plan o un proveedor de la red le haya dado una derivación. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Cuenta con un proveedor de atención primaria (un PCP) que brinda y supervisa su atención médica. En la mayoría de los casos, su PCP deberá autorizarlo antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan. A esto se le denomina darle una remisión.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que requieren aprobación por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos con un asterisco. Asimismo, los siguientes servicios que no figuran en la Tabla de beneficios requieren autorización previa:
 - Procedimientos de ablación
 - Cirugía bariátrica
 - Termoplastia bronquial
 - Ciertos procedimientos para extraer cataratas
 - Ciertos procedimientos o servicios realizados en el consultorio del médico
 - Bisturí de rayos gamma
 - Análisis genéticos/estudios citogenéticos/asesoramiento
 - Oxigenoterapia hiperbárica

- Manejo del dolor intervencionista
- Cirugías de articulaciones, como fusión o ciertas cirugías de reemplazo de articulación
- Procedimientos misceláneos estéticos, reconstructivos, en nariz/senos nasales, orales/dentales/ortognáticos
- Estudios neuropsicológicos
- Procedimientos que no son de emergencia, incluidas las cirugías lumbares, los estimuladores y los stents
- Trasplantes de órganos/tejidos y de médula ósea (incluidas las evaluaciones previas al trasplante y la tipificación de antígenos leucocitarios humanos [HLA])
- Prótesis
- Procedimientos/cirugías/tratamiento que pueden considerarse experimentales o en proceso de investigación
- Procedimientos cardíacos selectos, entre otros, marcapasos/desfibrilador cardíaco y dispositivos de asistencia ventricular
- Procedimientos selectos de cadera, rodilla y hombro
- Servicios y procedimientos sin códigos CPT específicos (servicios y procedimientos no incluidos en la lista)
- Sustitutos de la piel
- Estudios del sueño o tratamiento de los trastornos del sueño
- Ablación de vena

Otra información importante que debe saber sobre 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. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024). También puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, 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 costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la afección médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevos servicio durante el año 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.



Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Acupuntura (de rutina) ^ Este beneficio incluye consultas de rutina a acupunturistas para alivio del dolor, trastornos reumáticos con afectación neurológica y náuseas.	Usted paga \$20 de copago por cada consulta de acupuntura de rutina por hasta 6 consultas por año calendario.
Acupuntura para aliviar el dolor crónico en la parte baja de la espalda* * Pueden aplicarse reglas de autorización previa. Esto incluyen los servicios cubiertos: hasta 12 visitas cada 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define como • de una duración de 12 semanas o más; • no específico, que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está relacionado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con una cirugía, y • no está asociado con el embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para los pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o si empeora. Requisitos de proveedores: Los médicos (como se define en 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social, la Ley) pueden realizar acupuntura de acuerdo con los requisitos del estado aplicables.	Usted paga \$40 de copago por cada consulta para acupuntura cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Acupuntura para aliviar el dolor crónico en la parte baja de la espalda* (continuación) Los auxiliares médicos (PA), enfermeros practicantes (NP)/ especialistas en enfermería clínica (CNS) (como se define en 1861(aa)(5) de la Ley), y el personal auxiliar pueden realizar acupuntura si cumplen con los requisitos del estado aplicables y tienen: • maestrías o doctorados en acupuntura o Medicina Oriental de una institución acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia vigente, completa, activa e ilimitada para practicar acupuntura en un estado, un territorio o una comunidad autónoma (por ejemplo, Puerto Rico) de los Estados Unidos o del Distrito de Columbia. El personal auxiliar que realice acupuntura debe estar bajo el nivel de supervisión adecuado de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras normas 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.	
 Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses). Tenga en cuenta lo siguiente: Si usted recibe tratamiento o es controlado debido a una afección médica existente durante la consulta cuando recibe este servicio preventivo, podría aplicar un copago o coseguro para la atención que reciba para la afección médica existente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años.
Artículos de venta libre (OTC) Este beneficio cubre los artículos relacionados con la salud y los medicamentos que están disponibles sin receta y no están cubiertos por la Parte A, la Parte B ni la Parte D de Medicare. Puede retirar sus artículos de OTC en cualquier tienda de OTCHS autorizada. Para encontrar la tienda más cercana, ingrese en https://www.cvs.com/benefits.	Tiene permitido un máximo de \$50 por trimestre para los artículos de venta libre aprobados.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Artículos de venta libre (OTC) (continuación) Premiera contrata a OTC Health Solutions para proveer artículos de venta libre (OTC) cubiertos a través de la entrega de pedidos por correo a los miembros. Se puede consultar un catálogo de los artículos de venta libre cubiertos en nuestra página web en premera.com/ma. Este beneficio cubre solamente los artículos enumerados en el catálogo y pedidos a OTC Health Solutions. Los pedidos de artículos de OTC se pueden encargar por teléfono (1-888-628-2770) o en línea en https://www.cvs.com/benefits. Los pedidos se enviarán a su domicilio sin cargo adicional. Espere de 7 a 10 días hábiles para su entrega.	Los saldos no utilizados no se acumulan.
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • Proporcionan un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de la atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un hijo por nacer), un miembro o la función del miembro. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor grave o una afección médica que se agrava rápidamente. Los costo compartido para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red. Incluye cobertura mundial.	Usted paga \$90 de copago por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare. Si es admitido en el hospital en las 24 horas siguientes a su visita a la sala de emergencias, no tiene que pagar el copago de la sala de emergencias.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de emergencia (continuación)	Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención durante la hospitalización después de que la afección que causó la emergencia se estabiliza, debe recibir la atención durante la hospitalización en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y el costo que le corresponde es el gasto compartido que pagaría en un hospital de la red. Consulte la sección “Servicios hospitalarios para pacientes internados” de esta tabla de beneficios médicos para obtener información sobre los gastos compartidos para pacientes internados.
 Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Entre las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, se incluyen las siguientes: las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las	Usted paga \$20 de copago por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos. Usted paga \$0 de copago por cada examen preventivo de detección de glaucoma cubierto por Medicare una vez al año.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Atención de la vista (continuación) personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). • Equipo médico para la vista: El equipo médico para la vista se incluye en la sección “Dispositivos protésicos y suministros relacionados” de esta tabla de beneficios médicos.	Usted paga \$0 de copago por cada examen de detección de retinopatía diabética cubierto por Medicare una vez al año. Usted paga \$0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas. Usted paga 20 % del costo de las prótesis cubiertas por Medicare y los suministros relacionados.
Atención de salud mental para pacientes externos Entre los servicios cubiertos están incluidos: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, terapeuta profesional autorizado (LPC), terapeuta de familia y matrimonio autorizado (LMFT), enfermero practicante (NP), auxiliar médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental que califique para Medicare dentro de lo permitido por la legislación estatal aplicable.	Usted paga un \$30 copago por cada visita de terapia individual o grupal (en persona) cubierta por Medicare. Usted paga un \$20 copago por cada visita de terapia individual (virtual) cubierta por Medicare, si la ofrece un proveedor contratado. Usted paga un \$30 copago por los servicios de psiquiatra cubiertos por Medicare (en persona).

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de salud mental para pacientes externos (continuación)	Usted paga un \$20 copago por cada servicio psiquiátrico (virtual) cubierto por Medicare, si lo ofrece un proveedor contratado.
Atención en un hospicio Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Es posible que reciba atención médica a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. El plan tiene la obligación de ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare dentro del área de servicios del plan, incluidos aquellos que sean propiedad de la organización de MA, que estén bajo el control de esta o en los que esta tenga un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor • Atención de alivio a corto plazo • Atención en el hogar Cuando es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan. <u>Para los servicios de cuidado paliativo y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal los paga Original Medicare, y no Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO). Debe obtener atención médica del proveedor de un hospicio certificado por Medicare. Usted no tiene que pagar nada por los cuidados paliativos que reciba en un hospicio certificado por Medicare. Se puede aplicar un gasto compartido adicional por los servicios de consulta de hospicio provistos durante una hospitalización. Puede tener un gasto compartido por los

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención en un hospicio (continuación) hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. <u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan: • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare) <u>Para los servicios cubiertos por Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</u> Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, o que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios. <u>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> Si estos medicamentos no están relacionados con su condición de hospicio terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición de hospicio terminal, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (Qué sucede si está en un hospicio certificado por Medicare). Nota: si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.	medicamentos y el cuidado de relevo. Si anula el beneficio de hospicio, llame a Atención al cliente lo antes posible para garantizar que no se interrumpa la cobertura de los medicamentos con receta.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados* *Se pueden aplicar reglas de autorización previa. Incluye servicios hospitalarios de atención médicas agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. Usted tiene cobertura por días ilimitados por período de beneficios para internaciones hospitalarias cubiertas por Medicare. El período de beneficios comienza el día que ingresa al hospital y finaliza cuando usted no ha recibido ningún tipo de atención hospitalaria para pacientes internados por un período de 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará uno nuevo. Todas las hospitalizaciones, sin considerar la condición, aplicarán al período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería permanentes • Costos de las unidades de atención médicas especiales (por ejemplo, unidades de atención médicas intensivos o coronarios) • Medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje	Usted paga \$450 de copago por día para los días 1-4 de un período de beneficios para la atención hospitalaria de pacientes internados cubierta por Medicare. Usted paga \$0 de copago por día para los días 5-90 de un período de beneficios para la atención hospitalaria de pacientes internados cubierta por Medicare. Usted no paga nada por los días adicionales de internación en un hospital. Los beneficios para pacientes internados se basan en la fecha de calendario. Si es admitido en el centro en 2024 y no se le da de alta hasta 2025, es posible que el monto de su copago por día sea diferente. Si obtiene atención médica para pacientes internados en un hospital fuera de la red, una vez que se ha estabilizado la afección que provocó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría a un hospital de la red.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados* (continuación)	
• Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados • En determinadas situaciones, cubrimos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre y de intestino/varias vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. Los gastos de viaje están sujetos a autorización previa y a la elegibilidad del destinatario. El reembolso máximo total permitido para el viaje de trasplante es de \$5,000. Los gastos de alojamiento se limitan a un máximo de \$150 por día y se aplican al máximo de \$5,000. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los otros componentes de la sangre también están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Servicios del médico	
Nota: para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados* (continuación) externo. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!</i> La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	
Atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de una agencia de atención médica domiciliaria cubiertos por Medicare.
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos* * Pueden aplicarse reglas de autorización previa. Para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen:	Usted paga 0 % de del costo total por los suministros para el control

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos* (continuación) • Suministros para controlar la glucosa en sangre: Glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones para el control de la glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: Un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta siempre que se cumpla con ciertos requisitos. Tenga en cuenta lo siguiente: Si usted recibe tratamiento o monitoreo debido a una afección médica existente durante la visita en la que recibe este servicio preventivo, podría aplicarse un copago o coseguro para la atención médica que reciba por la afección médica existente. Con este documento de <i>Evidencia de cobertura</i>, le enviamos la lista de monitores y suministros de glucosa para diabéticos de Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) cubiertos por el beneficio de equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados. En la lista se mencionan las marcas y los fabricantes de monitores y suministros de glucosa para diabéticos que cubrimos. También puede acceder a esta lista más actualizada de marcas, fabricantes y proveedores en nuestra página web primera.com/ma.	de la diabetes cubiertos por Medicare. Los monitores de glucosa en sangre y las tiras reactivas se limitan a los fabricantes preferidos del plan. Los proveedores contratados por Primera Blue Cross Medicare Advantage proporcionarán todos los suministros y servicios para diabéticos y harán los arreglos necesarios para esto. Usted paga 20 % de del costo total por las plantillas o los zapatos ortopédicos cubiertos por Medicare. Los proveedores contratados por Primera Blue Cross Medicare Advantage proporcionarán todo el equipo médico duradero (DME), como los zapatos ortopédicos o las plantillas. No hay coseguro, copago o deducible para la capacitación en el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios* *Se pueden aplicar reglas de autorización previa. Nota: si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos de costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Tenga en cuenta lo siguiente: Puede aplicarse un gasto compartido separado para los honorarios profesionales.	Usted paga un \$150 copago por cada centro quirúrgico ambulatorio cubierto por Medicare visita. Usted paga un \$350 copago por cada cirugía hospitalaria para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare. No hay coseguro, copago ni deducible por la tarifa de la clínica para pacientes ambulatorios.
 Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano. Tenga en cuenta lo siguiente: Si usted recibe tratamiento o es controlado debido a una afección médica existente durante la consulta cuando recibe este servicio preventivo, podría aplicar un copago o coseguro para la atención que reciba para la afección médica existente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
 Consulta preventiva Bienvenido a Medicare El plan cubre la consulta preventiva única Bienvenido a Medicare. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Consulta preventiva Bienvenido a Medicare (continuación) detección y vacunas) y recomendación a otro tipo de atención si fuera necesario. Importante: cubrimos la consulta preventiva Bienvenido a Medicare solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva Bienvenido a Medicare. Tenga en cuenta lo siguiente: Si usted recibe tratamiento o es controlado debido a una afección médica existente durante la consulta cuando recibe este servicio preventivo, podría aplicar un copago o coseguro para la atención que reciba para la afección médica existente.	
Dispositivos protésicos y suministros relacionados* *Se pueden aplicar reglas de autorización previa. Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación y/o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas, para obtener más detalles, consulte <i>Atención de la vista</i> más adelante en esta sección.	Usted paga 20 % de del costo total por los dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare. Todos los dispositivos protésicos y suministros relacionados deben ser provistos y coordinados mediante los proveedores contratados de Primera Blue Cross Medicare Advantage.
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados* *Se pueden aplicar reglas de autorización previa.	Usted paga 20 % de coseguro por equipos médicos duraderos y suministros cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados* (continuación) (En el Capítulo 12 también Sección 7 del Capítulo 3 de este documento, encontrará una definición de equipos médicos duraderos). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Con este documento de <i>Evidencia de cobertura</i>, le enviamos la lista de DME de Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO). La lista indica las marcas y los fabricantes de DME que cubriremos. También puede acceder a esta lista más actualizada de marcas, fabricantes y proveedores en nuestro sitio web primera.com/ma. Generalmente, Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y los fabricantes que se encuentran en esta lista. No cubriremos otras marcas ni otros fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos informen que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es un miembro nuevo de Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) y utiliza una marca de DME que no figura en nuestra lista, continuaremos con la cobertura de esta marca durante un máximo de 90 días. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada en su caso después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo remita para tener una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuada para su afección médica. (Para obtener más	Todos los equipos médicos duraderos se deben proporcionar y coordinar a través de proveedores contratados por Primera Blue Cross Medicare Advantage. Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es un 20 % de coseguro. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados* (continuación) información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9, <i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>.	
Examen físico anual Un examen físico anual de rutina está cubierto una vez por año calendario. Esto se suma a la visita preventiva "Bienvenido a Medicare" o la visita de bienestar anual. Los exámenes físicos anuales incluyen un examen práctico más completo apropiado para la edad y el sexo que una visita de bienestar anual. Servicios en una visita anual El examen físico incluye lo siguiente: • Exámenes de sistemas corporales, como corazón, pulmón, cabeza y cuello, neurológicos, musculoesqueléticos, gastrointestinales y psicológicos. • Mida y registre los signos vitales, como la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria. • Revisión completa de medicamentos recetados. • Revisión de cualquier hospitalización reciente. • Asesoramiento, orientación anticipada y atención de un pequeño problema o condición preexistente que no requiere trabajo extra.	No hay coseguro, copago ni deducible para un examen físico anual. Las pruebas de laboratorio u otros procedimientos de diagnóstico realizados u ordenados con fines de detección durante esta visita se consideran preventivos y están cubiertos sin costo adicional para usted.
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta* *Se pueden aplicar reglas de autorización previa. Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios del médico • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio)	Servicios de médicos/profesionales: Usted paga \$5 de copago por cada consulta con un proveedor de atención primaria cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta* (continuación) • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos • Vendajes quirúrgicos • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluso ajustes, reparaciones y sustituciones que se necesiten debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	Usted paga \$40 de copago por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare. Servicios de radiología de diagnóstico (como RM, TC y ultrasonidos): Usted paga \$180 de copago por cada procedimiento especial de diagnóstico por imágenes y prueba de diagnóstico especial cubiertos por Medicare. Procedimientos y pruebas de diagnóstico: Usted paga \$60 de copago por las pruebas y los procedimientos de diagnóstico ambulatorios cubiertos por Medicare. Servicios de laboratorio: Usted paga \$10 de copago por día por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. Radiografías para pacientes ambulatorios: Usted paga \$15 de copago por día por las radiografías cubiertas por Medicare. Equipo médico duradero o prótesis: Usted paga 20 % del costo del DME y los suministros cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta* (continuación)	Los proveedores contratados por Primera Blue Cross Medicare Advantage proporcionarán todo el equipo médico duradero (DME) y harán los arreglos necesarios para esto. Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y patología del habla y el lenguaje: Usted paga \$20 de copago por cada consulta de fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare.
 Inmunizaciones Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas antigripales, una vez por año en cada estación de gripe en otoño y en invierno, con vacunas antigripales adicionales si es médicamente necesario • Vacuna contra la hepatitis B • Vacuna para el COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con los lineamientos de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos algunas vacunas con nuestro beneficio de medicamentos recetados de Parte D. Puede recibir la mayoría de las vacunas en su farmacia local. Tenga en cuenta lo siguiente: Si usted recibe tratamiento o es controlado debido a una afección médica existente durante la	No se requiere coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19. Puede acudir a cualquier proveedor para colocarse la vacuna contra la gripe, la COVID-19, la hepatitis B o la neumonía.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Inmunizaciones (continuación) consulta cuando recibe este servicio preventivo, podría aplicar un copago o coseguro para la atención que reciba para la afección médica existente.	
Línea directa de enfermería Está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana para ayudar a nuestros miembros a enfrentar situaciones médicas potencialmente urgentes. Consulte el reverso de su tarjeta de identificación de miembro para encontrar el número de teléfono de la línea directa de enfermería.	No hay copago, coseguro ni deducible para la línea directa de enfermería.
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare* * Se pueden aplicar reglas de autorización previa o terapia progresiva. La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Entre los medicamentos cubiertos, se incluyen los siguientes: • Medicamentos que no suelen ser autoadministrados por el paciente y que se deben inyectar o infundir mientras se reciben servicios médicos u hospitalarios ambulatorios o servicios en un centro quirúrgico ambulatorio • Insulina suministrada mediante un elemento de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan • Factores de coagulación que se inyecta usted mismo si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando recibió el trasplante de órgano • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis	Usted paga 0 %-20 % coseguro por ciertos medicamentos de quimioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare. Usted paga un coseguro de 20 % por la administración de medicamentos de quimioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare. Usted paga un copago de \$35 por un suministro de un mes de medicamentos de insulina de la Parte B.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)* - posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento • Antígenos • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas • Determinados medicamentos para el tratamiento de diálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias También cubrimos algunas vacunas en virtud del beneficio para medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D. En el Capítulo 5, se explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D y se indican las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	
 Medición de la masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluso la interpretación de los resultados por parte del médico. Tenga en cuenta lo siguiente: Si usted recibe tratamiento o es controlado debido a una afección médica existente durante la consulta cuando recibe este servicio preventivo, podría aplicar un copago o coseguro para la atención que reciba para la afección médica existente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las mediciones de masa ósea cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Observación hospitalaria ambulatoria* * Se pueden aplicar reglas de autorización previa a los servicios de observación de salud del comportamiento. Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se brindan para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o si puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación hospitalaria ambulatoria estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación solo estarán cubiertos cuando sean proporcionados por pedido de un doctor u otra persona autorizada por la ley estatal y los estatutos del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital o solicitar pruebas para pacientes ambulatorios. Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de ingreso como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. También podrá encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? (¿Está usted internado o es un paciente ambulatorio?)</i>. Si tiene Medicare, ¡consulte! Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet en www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	Usted paga \$90 de copago por cada estadía de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.
 Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios de MDPP estarán cubiertos para beneficiarios de Medicare elegibles en todos los planes de salud de Medicare.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) (continuación) Los servicios de MDPP son una intervención estructurada de cambio conductual de la salud que brinda entrenamiento práctico para cambios en la dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos en cuanto al mantenimiento de pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	
 Programas educativos sobre salud y bienestar Membresía en un gimnasio/clases de actividad física El beneficio de acondicionamiento físico/gimnasio incluye 36 créditos mensuales sin costo para usted para usar en membresías de gimnasios y clases de gimnasios en la red, accesorios y equipos de acondicionamiento físico en el hogar/ FitKit y acceso ilimitado a contenido digital premium de bienestar y acondicionamiento físico. La cantidad de créditos puede variar según la experiencia de acondicionamiento físico, por ejemplo: 1 clase en su estudio de yoga local puede costar 8 créditos o 1 membresía mensual en su gimnasio local con visitas ilimitadas puede costar 24 créditos. El contenido digital de bienestar y fitness está incluido sin coste adicional en los créditos.	No se requiere copago, coseguro ni deducible para la membresía en los gimnasios participantes.
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una recomendación de parte de su médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica. Tenga en cuenta lo siguiente: Si usted recibe tratamiento o es controlado debido a una afección médica existente durante la consulta cuando recibe este servicio preventivo, podría aplicar un copago o coseguro para la atención que reciba para la afección médica existente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de cáncer colorrectal Están cubiertos las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo a partir de la último sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Análisis de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN de heces de múltiples cadenas para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de biomarcador en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para los pacientes en alto riesgo y 24 meses después del último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tienen alto riesgo y tiene 45 años o más. Una vez, al menos, 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal con heces no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo. Prueba de detección de sangre oculta en heces (FOBT) o prueba de	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Usted paga \$0 de copago por una colonoscopia de detección incluso si se encuentra o extrae un pólipo durante el procedimiento de detección. Una colonoscopia o sigmoidoscopia realizada exclusivamente para extraer un pólipo o realizar una biopsia se considera un procedimiento quirúrgico de diagnóstico y está sujeto a los gastos compartidos para pacientes ambulatorios descritos en esta tabla.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) detección de sangre oculta en heces. Prueba inmunoquímica (FIT) para pacientes de 45 años o más. Una vez al año. Tenga en cuenta lo siguiente: Si usted recibe tratamiento o es controlado debido a una afección médica existente durante la consulta cuando recibe el servicio preventivo, podría aplicar un copago o coseguro para la atención que reciba para la afección médica existente.	
 Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años y está en edad de procrear: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses Tenga en cuenta lo siguiente: Si usted recibe tratamiento o es controlado debido a una afección médica existente durante la consulta cuando recibe este servicio preventivo, podría aplicar un copago o coseguro para la atención que reciba para la afección médica existente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
 Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre las edades de 35 y 39 años de edad • Una mamografía exploratoria cada 12 meses para aquellas mujeres de 40 años de edad y mayores • Exámenes mamarios clínicos cada 24 meses Una mamografía de detección se utiliza para la detección temprana del cáncer de mama en mujeres que no presentan signos ni síntomas de la enfermedad. Una vez que se han establecido antecedentes de cáncer de mama y hasta que no haya signos o síntomas de cáncer de mama, las mamografías	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) (continuación) continuas se consideran diagnósticas y están sujetas a costos compartidos como se describe en Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios en este cuadro. El beneficio anual de mamografía de detección no está disponible para miembros que presenten signos o síntomas de cáncer de mama. Tenga en cuenta lo siguiente: si usted recibe tratamiento o es controlado debido a una afección médica existente durante la consulta cuando recibe este servicio preventivo, podría aplicar un copago o coseguro para la atención que reciba para la afección médica existente.	
 Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)* *Se aplican las reglas de autorización previa. Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses. Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos: tener entre 50– 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco por, al menos, 20 paquetes/años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas. <i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón después de una prueba de detección inicial con una LDCT:</i> los miembros debe recibir una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede ser proporcionada por un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de	No se requiere coseguro, copago ni deducible por la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la tomografía computarizada de baja dosis (LDCT).

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)* (continuación) decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare. Tenga en cuenta lo siguiente: Si usted recibe tratamiento o es controlado debido a una afección médica existente durante la consulta cuando recibe este servicio preventivo, podría aplicar un copago o coseguro para la atención que reciba para la afección médica existente.	
 Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento. Tenga en cuenta lo siguiente: Si usted recibe tratamiento o es controlado debido a una afección médica existente durante la consulta cuando recibe este servicio preventivo, podría aplicar un copago o coseguro para la atención que reciba para la afección médica existente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.
 Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses. Tenga en cuenta lo siguiente: Si usted recibe tratamiento o es controlado debido a una afección médica existente durante la	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de diabetes (continuación) consulta cuando recibe este servicio preventivo, podría aplicar un copago o coseguro para la atención que reciba para la afección médica existente.	
 Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones personales muy intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico. Tenga en cuenta lo siguiente: Si usted recibe tratamiento o es controlado debido a una afección médica existente durante la consulta cuando recibe este servicio preventivo, podría aplicar un copago o coseguro para la atención que reciba para la afección médica existente.	No se requiere coseguro, copago o deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ITS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.
 Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su médico o profesional de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua (continuación) Tenga en cuenta lo siguiente: Si usted recibe tratamiento o es controlado debido a una afección médica existente durante la consulta cuando recibe este servicio preventivo, podría aplicar un copago o coseguro para la atención que reciba para la afección médica existente.	
 Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses Para mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo Tenga en cuenta lo siguiente: Si usted recibe tratamiento o es controlado debido a una afección médica existente durante la consulta cuando recibe este servicio preventivo, podría aplicar un copago o coseguro para la atención que reciba para la afección médica existente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.
 Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria. Tenga en cuenta lo siguiente: Si usted recibe tratamiento o es controlado debido a una afección médica existente durante la consulta cuando recibe este servicio preventivo, podría aplicar un copago o coseguro para la atención que reciba para la afección médica existente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el consumo inadecuado de alcohol cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (PSA) Tenga en cuenta lo siguiente: Si usted recibe tratamiento o es controlado debido a una afección médica existente durante la consulta cuando recibe este servicio preventivo, podría aplicar un copago o coseguro para la atención que reciba para la afección médica existente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis del PSA anual ni para el tacto rectal.
Pruebas de diagnóstico, y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios* * Pueden aplicarse reglas de autorización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • RadiografíaRadiografías • Radioterapia (radio e isótopos), que incluye suministros y materiales de los técnicos • Procedimientos de diagnóstico por imágenes, como RM, TC y TEP • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los otros componentes de la sangre también están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias No se requiere recomendación. Sin embargo, el proveedor de la red ordenará estos servicios y debe certificar que son médicamente necesarios.	Usted paga \$15 de copago por día por las radiografías cubiertas por Medicare. Usted paga 20 % de del costo total por los servicios y suministros de radiología terapéutica cubiertos por Medicare. Usted paga \$180 de copago por cada procedimiento especial de diagnóstico por imágenes y prueba especial de diagnóstico cubiertos por Medicare. Usted paga \$10 de copago por día por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. Usted paga \$0 de copago por los servicios de sangre cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Pruebas de diagnóstico, y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios* (continuación)	Usted paga \$60 de copago por las pruebas y los procedimientos de diagnóstico ambulatorios cubiertos por Medicare. Ciertos servicios de radiología de diagnóstico requieren equipos especializados más allá del equipo estándar para radiografías y deben ser realizados por personal especialmente capacitado o certificado. Los ejemplos incluyen, entre otros, exploraciones especializadas, TC, tomografía computarizada por emisión de fotones individuales (SPECT), RM, angiografía por resonancia magnética (ARM), estudios nucleares, ultrasonidos, mamografías de diagnóstico y procedimientos radiológicos de intervención (mielograma, cistograma, angiograma y estudios de bario). También puede aplicarse un copago sobre la atención en consultorio. Puede aplicarse un costo compartido separado si se realizan otros servicios.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por proveedor para determinar si usted necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. Audífonos Se cubren hasta dos audífonos por año dentro de los límites de sus beneficios, solo si se utiliza un proveedor de la red de Hearing Care Solutions. Tenga en cuenta lo siguiente: puede aplicarse un gasto compartido separado si se proporcionan servicios adicionales El monto que usted pague por sus audífonos no se acumulará como gasto de bolsillo.	^Usted paga \$0 de copago por un examen de la audición de rutina por año a través de un proveedor de la red de Hearing Care Solutions. Usted paga \$35 de copago por los exámenes de la audición de diagnóstico cubiertos por Medicare o por un examen de la audición de rutina por año a través de cualquier proveedor fuera de la red de Hearing Care Solutions. ^El plan paga hasta \$1,000 de beneficio anual por oído para la compra de audífonos a través de un proveedor de la red de Hearing Care Solutions.
Servicios de ambulancia* * Pueden aplicarse reglas de autorización previa para viajes que no sean de emergencia. Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea en una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia de ala fija, ala rotatoria o terrestre hasta el centro apropiado más cercano que pueda proporcionar atención médica solo si se suministran a un miembro cuya condición médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en riesgo la salud de la persona o si están autorizados por el plan. Si los servicios de transporte en ambulancia cubiertos no son de emergencia, debe documentarse que la afección médica del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	Usted paga \$300 de copago por cada traslado en ambulancia cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico* * Pueden aplicarse reglas de autorización previa. Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. Hay un límite de por vida de 190 días para servicios de internación en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental durante la hospitalización proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. Usted tiene cobertura durante 90 días por cada período de beneficios. El período de beneficios comienza el día que ingresa al hospital y finaliza cuando usted no ha recibido ninguna atención de salud mental para pacientes internados por un período de 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará uno nuevo. Todas las hospitalizaciones, sin considerar la condición, aplicarán al período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios. Salvo en caso de urgencia, el proveedor debe informarnos que a usted lo ingresarán en el hospital.	Usted paga \$390 de copago por día para los días 1-4 por las hospitalizaciones cubiertas por Medicare por servicios de salud mental. Usted paga \$0 de copago por día para los días 5-90 por las hospitalizaciones cubiertas por Medicare por servicios de salud mental.
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos* *Se pueden aplicar reglas de autorización previa. La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como servicio ambulatorio en un hospital o por un centro de salud mental comunitario que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización. El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento de atención ambulatoria de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud con autorización federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta pero menos intenso que la hospitalización parcial.	Usted paga \$55 de copago por día por los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. Usted paga \$55 de copago por día por los servicios del programa de servicios ambulatorios intensivos cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico	
Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios quirúrgicos o de atención médica médicamente necesarios y proporcionados en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación • Consultas, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista • Exámenes auditivos y relacionados con el equilibrio básicos, realizados por su PCP or especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico • Determinados servicios de telesalud, incluyendo los siguientes: Servicios de un médico de atención primaria, servicios de médicos especialistas, sesiones individuales de servicios especializados de salud mental, otros profesionales de la salud, sesiones individuales de servicios psiquiátricos y sesiones individuales por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios. ◦ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. ◦ Las consultas telefónicas, electrónicas y por video son un beneficio cubierto para proveedores contratados y para proveedores de salud mental contratados. • Servicios de visitas mensuales de telesalud relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal en un centro de diálisis renal de un hospital o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación o tratamiento de síntomas de accidente cerebrovascular, independientemente de la ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por abuso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de la ubicación	Usted paga \$5 de copago por cada consulta (en persona) con un proveedor de atención primaria cubierta por Medicare. Usted paga \$0 de copago por cada consulta (virtual) con un proveedor de atención primaria cubierta por Medicare, si la ofrece un proveedor contratado. Usted paga \$40 de copago por cada consulta (en persona) con un especialista cubierta por Medicare. Usted paga \$35 de copago por cada consulta (virtual) con un especialista cubierta por Medicare, si la ofrece un proveedor contratado. Usted paga \$30 de copago por cada sesión individual o grupal para consultas (en persona) especializadas de salud mental cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) - Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: - Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses previos a la primera visita de telesalud - Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe servicios de telesalud - Pueden aplicarse excepciones a las circunstancias antes indicadas - Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados por el gobierno federal - Consultas virtuales (por ejemplo, de forma telefónica o mediante videollamada) con su médico durante 5-10 minutos si: - No es un paciente nuevo y - La consulta no está relacionada con una consulta en el consultorio realizada en los últimos 7 días y - La consulta no termina en una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o en la fecha más próxima disponible - Evaluación de imágenes o video que usted envía a su médico y la interpretación y el seguimiento de su médico en el plazo de 24 horas si: - No es un paciente nuevo y - La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio realizada en los últimos 7 días y - La consulta no termina en una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o en la fecha más próxima disponible - Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o registro electrónico de salud - Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía - Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, arreglo de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula	Usted paga \$20 de copago por cada sesión individual para consultas (virtuales) especializadas de salud mental cubiertas por Medicare, si la ofrece un proveedor de salud del comportamiento contratado. Usted paga \$5 de copago por cada consulta (en persona) con un profesional no médico contratado proporcionada en el consultorio de un PCP cubierta por Medicare. Usted paga \$0 de copago por cada consulta (virtual) con un profesional no médico contratado proporcionada en el consultorio de un PCP cubierta por Medicare. Usted paga \$40 de copago por cada consulta (en persona) con un profesional no médico contratado proporcionada en el consultorio de un especialista cubierta por Medicare. Usted paga \$35 de copago por cada consulta (virtual) con un profesional no médico contratado proporcionada en el consultorio de un

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico) Solo se requerirá recomendación para los especialistas fuera de la red.	especialista cubierta por Medicare. Usted paga \$30 de copago por cada servicio psiquiátrico (en persona) cubierto por Medicare. Usted paga \$20 de copago por cada servicio psiquiátrico (virtual) cubierto por Medicare, si lo ofrece un proveedor contratado. Usted paga \$35 de copago por cada sesión de terapia individual o grupal cubierta por Medicare para consultas (en persona) de servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios. Usted paga \$20 de copago por cada sesión individual cubierta por Medicare para consultas (virtuales) de servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios, si la ofrece un proveedor contratado.
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo martillado o espolones calcáneos) • Cuidado del pie de rutina para miembros con determinadas enfermedades que afecten las extremidades inferiores	Usted paga \$40 de copago por cada consulta de podología cubierta por Medicare. Usted paga \$40 de copago por hasta 6 consultas de podología de rutina por año.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de quiropráctica Los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare cubren la manipulación manual de la columna si es médicamente necesaria para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de la columna se salen de su posición) si recibe este servicio de un quiropráctico u otro proveedor calificado. También ofrecemos servicios de quiropraxia de rutina. Usted puede acudir directamente a un quiropráctico de la red por 6 consultas por año calendario para ajustes de la columna vertebral de rutina. Los servicios quiroprácticos de rutina cubiertos incluyen lo siguiente: • Un (1) examen físico o nuevo examen por año calendario • Un (1) procedimiento de radiografía de la columna vertebral por año calendario • Un (1) ajuste o manipulación de extremidad u otra parte que no sea la columna vertebral por consulta • Uno (1) de los siguientes procedimientos terapéuticos o terapias manuales por consulta: ejercicio terapéutico o terapia manual, como la movilización o manipulación, drenaje linfático manual y tracción manual	Usted paga \$15 de copago por cada consulta quiropráctica cubierta por Medicare. ^Usted paga \$20 de copago por cada consulta quiropráctica de rutina por hasta 6 consultas por año calendario.
Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. Las consultas de rehabilitación cardíaca están limitadas a 36 sesiones durante 36 semanas con la opción de 36 sesiones adicionales si es médicamente necesario. Las consultas de rehabilitación cardíaca intensiva están limitadas a 72 sesiones durante un período máximo de 18 semanas.	Usted paga \$10 de copago por cada consulta de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare. Usted paga \$10 de copago por cada consulta de rehabilitación cardíaca intensiva cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORFs).	Usted paga \$20 de copago por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare. Usted paga \$20 de copago por cada consulta de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a grave y tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar. Las consultas de rehabilitación pulmonar están limitadas a 36 sesiones durante 36 semanas con la opción de 36 sesiones adicionales si es médicamente necesario.	Usted paga \$10 de copago por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.
Servicios de urgencia Los servicios que se necesitan con urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o condición médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata pero, dadas sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener atención médica de inmediato de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios. Ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red ocurren si; Está temporalmente fuera del área de servicio del plan y requiere servicios inmediatos médicamente necesarios para una condición imprevista, pero no es una emergencia médica; o no es razonable dadas sus circunstancias obtener atención médica de inmediato de un proveedor de la red. Gastos compartidos para los servicios	Usted paga \$35 de copago por cada consulta de atención de urgencia cubierta por Medicare. Usted paga \$50 de copago por cada consulta de atención médica de urgencia internacional. Si usted ingresa en el hospital dentro de las 24 horas a partir de la consulta de atención de urgencia, no deberá pagar el copago de la consulta de atención de urgencia.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de urgencia (continuación) necesarios de urgencia prestados por un proveedor fuera de la red es el mismo que para dichos servicios prestados dentro de la red. Incluye cobertura mundial.	
Servicios del programa de tratamiento para opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT) • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	Usted paga \$30 de copago por los servicios de tratamiento con opioides, si los ofrece un proveedor del programa de tratamiento con opioides inscrito en Medicare.
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)* *Se pueden aplicar reglas de autorización previa. (En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de centro de atención de enfermería especializada. Los centros de atención de enfermería especializada a veces se denominan SNF). Su plan cubre hasta 100 días cada período de beneficios. No se requiere una estancia hospitalaria previa. El período de beneficios comienza el día que ingresa al SNF y finaliza cuando usted no ha recibido ninguna atención médica del SNF por un	Usted paga \$0 de copago por día para los días 1-20 de un período de beneficios para atención en un SNF cubierta por Medicare. Usted paga \$160 copago por día para los días 21-60 de un período de beneficios para atención

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)* (continuación) período de 60 días consecutivos. Si ingresa en el SNF después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará uno nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los otros componentes de la sangre también están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF • Pruebas de laboratorio que habitualmente proveen los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente proveen los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF • Servicios de médicos o profesionales	en un SNF cubierta por Medicare. Usted paga \$0 de copago por día para los días 61-100 de un período de beneficios para atención en un SNF cubierta por Medicare. Todas las hospitalizaciones en un SNF, independientemente de la afección, se aplicarán al período de beneficios. Sus beneficios de SNF se basan en la fecha de calendario. Si es admitido en el centro en 2024 y no se le da de alta hasta 2025, es posible que el monto de su copago por día sea diferente.
Generalmente, obtendrá la atención de los SNF en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el gasto compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)* (continuación) de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de Un SNF) • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital	
Servicios hospitalarios para pacientes externos* *Se pueden aplicar reglas de autorización previa. Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento del paciente internado podría ser requerido sin esta atención • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como entablillados y yesos • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar Nota: a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos de costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser	Usted paga \$150 de copago por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare. Usted paga \$350 de copago por cada consulta ambulatoria de cirugía hospitalaria cubierta por Medicare. No se cobra por las consultas ambulatorias en la clínica. Usted paga \$55 copago por día por los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. Usted paga \$55 copago por día por servicios ambulatorios intensivos cubiertos por Medicare. Usted paga \$60 copago por las pruebas y los procedimientos de

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes externos* (continuación) considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!</i>. La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Se requiere autorización previa para los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se describen en “Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios provistos en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios”, “Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios” y “Servicios de hospitalización parcial” en esta tabla.	diagnóstico cubiertos por Medicare. Usted paga \$180 de copago por los servicios de radiología cubiertos por Medicare. Usted paga 0 %-20 % del costo total por algunos medicamentos para quimioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare.
Servicios odontológicos En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios odontológicos en una cantidad limitada de circunstancias, concretamente cuando ese servicio es parte integral del tratamiento específico de la afección primaria del beneficiario. Algunos ejemplos incluyen reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer de mandíbula o exámenes orales previos al trasplante de riñón. Además, cubrimos lo siguiente: servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y servicios dentales Rayos X). Cubrimos beneficios dentales adicionales que Original Medicare no cubre. Estos beneficios se detallan por separado. al final de este cuadro.	Usted paga \$45 de copago por cada consulta al dentista cubierta por Medicare. ^Tiene cobertura para beneficios dentales adicionales. Consulte la descripción de los beneficios adicionales al final de esta tabla para obtener más información.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) <u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales. <u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales. Tenga en cuenta lo siguiente: Si usted recibe tratamiento o es controlado debido a una afección médica existente durante la consulta cuando recibe este servicio preventivo, podría aplicar un copago o coseguro para la atención que reciba para la afección médica existente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Servicios para la visión (de rutina) ^ - Examen de la vista de rutina (refracciones oculares) - Equipo de rutina para la vista: Su plan incluye anteojos o lentes de contacto de rutina cada año calendario. No cubriremos los artículos de rutina para la vista proporcionados por: - Proveedores ubicados fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Los montos que usted pague por equipos para la vista que no estén cubiertos por Medicare no se acumularán en el monto máximo de su bolsillo.	Usted paga \$20 de copago por un examen de visión de rutina por año calendario con el fin de obtener anteojos o lentes de contacto. Existe un límite de beneficio de \$150 para anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto de rutina por año calendario.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones fundadas sobre su cuidado. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV cuando reciben la derivación del médico, cubrimos hasta seis sesiones de los servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando está transitoriamente fuera del área de servicio, tal como se explica en Capítulo 3, o cuando el proveedor de este servicio no está disponible o no se pueda acceder a él temporalmente) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es admitido en el hospital para recibir atención especial) • Capacitación para autodiálisis (incluye capacitación para usted y para cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipamiento y suministros de diálisis para el hogar • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, si es necesario, recibir visitas de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para controlar las diálisis en su casa, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua) Determinados medicamentos para diálisis están cubiertos por el beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección <i>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</i>.	Usted paga \$0 de copago por cada servicio educativo sobre la enfermedad renal cubierto por Medicare. Usted paga 20 % de del costo total por el tratamiento de diálisis renal cubierto por Medicare. Los servicios de diálisis para pacientes internados estarán cubiertos por el beneficio de “atención hospitalaria para pacientes internados”.
Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos Usted tiene cobertura para recibir servicios y suministros para tratar la dependencia química en un ámbito ambulatorio (terapia grupal o individual).	Usted paga \$35 de copago por cada consulta (en persona) para terapia

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos (continuación)	individual o grupal cubierta por Medicare. Usted paga \$20 de copago por cada sesión individual cubierta por Medicare para consultas (virtuales) de servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios, si las ofrece un proveedor contratado.
 Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante con una orden del médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia nutricional clínica en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario. Tenga en cuenta lo siguiente: Si usted recibe tratamiento o es controlado debido a una afección médica existente durante la consulta cuando recibe este servicio preventivo, podría aplicar un copago o coseguro para la atención que reciba para la afección médica existente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia nutricional clínica cubiertos por Medicare.
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) El SET está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (EAP) sintomática. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requerimientos del programa SET.	Usted paga \$10 de copago por cada SET cubierto por Medicare para el servicio de EAP sintomático.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) (continuación) El programa SET debe: • Consistir en sesiones que duran 30-60 minutos y comprenden un programa de ejercicios físicos terapéuticos para EAP en pacientes con claudicación • Realizarse en un ámbito ambulatorio hospitalario o en el consultorio de un médico • Ser prestado por personal auxiliar calificado necesario para asegurar que los beneficios superen a los daños y que estén capacitados para la terapia con ejercicios para EAP • Encontrarse bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico, o enfermero profesional/enfermero clínico especializado que debe estar capacitado en las técnicas básicas y avanzadas de soporte vital El SET puede estar cubierto más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período extendido si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	
Tratamientos de infusión a domicilio Los tratamientos de infusión en el hogar abarcan la administración por vía intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar un tratamiento de infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulina), equipos (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los centros de atención de enfermería, brindados de acuerdo con el plan de atención médica • Capacitación y educación del paciente no cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto	Usted paga el 20 % de del costo total por cada sesión de terapia de infusión en el hogar.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Tratamientos de infusión a domicilio (continuación) Servicios de monitoreo para la prestación de tratamientos de infusión en el hogar y suministro de medicamentos para infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado de tratamientos de infusión en el hogar	
 Visita anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses. Nota: Su primera consulta preventiva anual no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva Bienvenido a Medicare. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de Bienvenido a Medicare para tener cobertura para las consultas preventivas anuales después de haber tenido la Parte B por 12 meses. Tenga en cuenta lo siguiente: Si usted recibe tratamiento o es controlado debido a una afección médica existente durante la consulta cuando recibe este servicio, podría aplicar un copago o coseguro para la atención que reciba para la afección médica existente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.

Beneficios dentales cubiertos:

- En general, los servicios dentales preventivos e integrales no están cubiertos por Original Medicare. Su plan Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) ofrece cobertura de los servicios dentales adicionales (como servicios dentales preventivos e integrales) descritos a continuación en detalle.
- Cualquier servicio no enumerado a continuación NO está cubierto.
- El máximo anual del beneficio dental es el monto total de dinero que pagaremos por los servicios dentales cubiertos dentro de un año calendario.
- Cuando consulta a un dentista dentro de la red después de que se cumpla el deducible anual, usted paga \$0 por los servicios dentales integrales cubiertos hasta el máximo anual. Cuando haya alcanzado el máximo anual del plan, debe pagar todos los cargos facturados. El deducible anual se aplica solamente a los servicios dentales integrales enumerados en la siguiente tabla.

- Puede elegir consultar a un dentista fuera de la red. Los proveedores fuera de la red no tienen contratos con Primera Blue Cross. Cuando visita a un proveedor fuera de la red, usted es responsable de los montos facturados que superen el monto permitido por Primera Blue Cross para un servicio cubierto. Cuando haya alcanzado el máximo anual del plan, debe pagar todos los cargos facturados.
- Los miembros también son responsables del costo de servicios y suministros que no estén cubiertos por este plan, independientemente de si consultan a un proveedor dentro o fuera de la red.
- Para determinar qué beneficios están disponibles en este plan, consideramos procedimientos o servicios alternativos con diferentes tarifas acordes con los estándares aceptables de la práctica dental. En todos los casos en los cuales existe un tratamiento alternativo que es menos costoso, el plan solo ofrecerá beneficios para el tratamiento que cueste menos. Si usted y el proveedor de atención dental eligen un tratamiento más costoso, usted debe pagar los cargos adicionales del costo del tratamiento alternativo menos costoso.
- Si necesita ayuda para encontrar un proveedor o si tiene preguntas, llame a nuestro número de Servicio al cliente al 888-850-8526 para obtener información adicional.

Deducible anual (dentro de la red y fuera de la red): Usted paga un deducible anual por única vez por los servicios dentales integrales de \$25[^].

Máximo anual: \$1,000

- Después de agotar el máximo anual, los cargos restantes serán su responsabilidad.
- En el caso de los servicios obtenidos fuera de la red, el plan paga solamente hasta cierto monto. Si opta por ver a un dentista fuera de la red, podrían facturarle los montos que excedan lo que paga el plan.
- En general, un proveedor fuera de la red presentará un reclamo en su nombre. Si usa un proveedor fuera de la red que no presenta un reclamo en su nombre y usted paga por los servicios cubiertos a este proveedor, envíe el formulario de Consideración de pago de reembolso por reclamo dental completado y una declaración detallada a:

Primera Blue Cross Medicare Advantage

PO Box 981743

El Paso, TX 79998-1743

El formulario de Consideración de pago de reembolso por reclamo dental se encuentra en nuestro sitio web en **[primera.com/ma](https://www.primera.com/ma)**, formularios y documentos, formularios frecuentes.

También puede comunicarse con nuestro número de Servicio al cliente al 888-850-8526 para recibir asistencia adicional sobre cómo enviar la solicitud de reembolso.

Descripción del procedimiento dental: Descripción del procedimiento dental fácil de interpretar	Frecuencia: Frecuencia de pago del procedimiento dental por parte de Primera Blue Cross	Criterios y exclusiones: Condiciones en las cuales Primera Blue Cross pagaría por el procedimiento y situaciones en las cuales Primera Blue Cross NO pagaría por el procedimiento	Copago dentro de la red *Si opta por consultar a un dentista fuera de la red, podrían facturarle los cargos que exceden lo que paga el plan Servicios pagados hasta el máximo anual del beneficio dental
Servicios preventivos (no se aplica deducible)			
Profilaxis (limpieza)	Dos por año calendario	No se cubre si el miembro se hace mantenimiento periodontal.	\$0 de copago*
Mantenimiento periodontal	Tres por año calendario	Se cubre el mantenimiento periodontal. Se cubre solamente en caso de antecedentes de raspado y alisado radicular (limpieza profunda) o cirugía periodontal.	\$0 de copago*
Flúor	Dos por año calendario	Cubre la aplicación tópica de flúor (con o sin esmalte).	\$0 de copago*
Examen periódico	Hasta dos evaluaciones bucales periódicas por año calendario		\$0 de copago*
Evaluación bucal limitada (centrada en el problema)	Una evaluación cada 12 meses		\$0 de copago*

Descripción del procedimiento dental: Descripción del procedimiento dental fácil de interpretar	Frecuencia: Frecuencia de pago del procedimiento dental por parte de Primera Blue Cross	Criterios y exclusiones: Condiciones en las cuales Primera Blue Cross pagaría por el procedimiento y situaciones en las cuales Primera Blue Cross NO pagaría por el procedimiento	Copago dentro de la red *Si opta por consultar a un dentista fuera de la red, podrían facturarle los cargos que exceden lo que paga el plan Servicios pagados hasta el máximo anual del beneficio dental
Examen bucal integral	Un examen bucal integral cada 36 meses		\$0 de copago*
Evaluación bucal detallada y extensa (centrada en el problema, por informe)	Una de por vida		\$0 de copago*
Reevaluación (limitada, centrada en el problema) (paciente establecido)	Una de por vida		\$0 de copago*
Examen periodontal integral	Uno por año calendario		\$0 de copago*
Radiografías panorámicas de mordida	Un juego por año calendario	No se cubren el mismo año que un juego de radiografías dentales completas	\$0 de copago*
Juego de radiografías dentales completas	Un procedimiento cada 60 meses		\$0 de copago*
Radiografía panorámica para la evaluación de los dientes y la boca	Un procedimiento cada 60 meses		\$0 de copago*

Descripción del procedimiento dental: Descripción del procedimiento dental fácil de interpretar	Frecuencia: Frecuencia de pago del procedimiento dental por parte de Primera Blue Cross	Criterios y exclusiones: Condiciones en las cuales Primera Blue Cross pagaría por el procedimiento y situaciones en las cuales Primera Blue Cross NO pagaría por el procedimiento	Copago dentro de la red *Si opta por consultar a un dentista fuera de la red, podrían facturarle los cargos que exceden lo que paga el plan Servicios pagados hasta el máximo anual del beneficio dental
Servicios dentales integrales (se aplica un deducible anual) Servicios periodontales			
Raspado y alisado radicular periodontales	Uno cada dos años por cuadrante		\$0 de copago*
Raspado en presencia de inflamación gingival moderada o grave generalizada, toda la boca	Una vez cada dos años		\$0 de copago*

Descripción del procedimiento dental: Descripción del procedimiento dental fácil de interpretar	Frecuencia: Frecuencia de pago del procedimiento dental por parte de Primera Blue Cross	Criterios y exclusiones: Condiciones en las cuales Primera Blue Cross pagaría por el procedimiento y situaciones en las cuales Primera Blue Cross NO pagaría por el procedimiento	Copago dentro de la red *Si opta por consultar a un dentista fuera de la red, podrían facturarle los cargos que exceden lo que paga el plan Servicios pagados hasta el máximo anual del beneficio dental
Cirugía periodontal			
Tallado oclusal realizado con cirugía cubierta	Sin límite		\$0 de copago*
Gingivectomía	Se cubre un procedimiento quirúrgico de por vida; gingivectomía o gingivoplastia; cirugía ósea con entrada y cierre del colgajo		\$0 de copago*
Cirugía ósea con entrada y cierre del colgajo			\$0 de copago*
Pedículo o injerto de tejidos blandos	Uno de por vida		\$0 de copago*
Desbridamiento de toda la boca	Uno de por vida		\$0 de copago*
Servicios de diagnóstico			
Radiografías intraorales: Radiografías periapicales o radiografías oclusales	Un código de procedimiento por año calendario		\$0 de copago*

Descripción del procedimiento dental: Descripción del procedimiento dental fácil de interpretar	Frecuencia: Frecuencia de pago del procedimiento dental por parte de Primera Blue Cross	Criterios y exclusiones: Condiciones en las cuales Primera Blue Cross pagaría por el procedimiento y situaciones en las cuales Primera Blue Cross NO pagaría por el procedimiento	Copago dentro de la red *Si opta por consultar a un dentista fuera de la red, podrían facturarle los cargos que exceden lo que paga el plan Servicios pagados hasta el máximo anual del beneficio dental
Servicios de restauración			
Restauraciones (empastes): amalgama (plata) o compuesta	Una por diente cada 24 meses		\$0 de copago*
Recementado de corona caída	Uno cada 12 meses		\$0 de copago*
Recementado de puentes, empastes, recubrimientos y coronas	12 meses después de la colocación y, luego, cada 12 meses por diente		\$0 de copago*
Pines para preparar un diente para una corona	En conjunto con código de corona y pines (cuando sea necesario)		\$0 de copago*
Reconstrucción de empaste alrededor de un perno para preparar un diente para una corona	Un combo por diente cada 5 años		\$0 de copago*
Coronas	Una por diente cada 5 años	No cubre coronas por motivos estéticos o para cerrar huecos. Los revestimientos no están cubiertos.	\$0 de copago*

Descripción del procedimiento dental: Descripción del procedimiento dental fácil de interpretar	Frecuencia: Frecuencia de pago del procedimiento dental por parte de Primera Blue Cross	Criterios y exclusiones: Condiciones en las cuales Primera Blue Cross pagaría por el procedimiento y situaciones en las cuales Primera Blue Cross NO pagaría por el procedimiento	Copago dentro de la red *Si opta por consultar a un dentista fuera de la red, podrían facturarle los cargos que exceden lo que paga el plan Servicios pagados hasta el máximo anual del beneficio dental
Servicios de extracción/Cirugía maxilofacial			
Cirugía maxilofacial, incluida la atención posoperatoria para lo siguiente: • Extracción de dientes, incluidos dientes incrustados • Extracción de raíz • Alveolectomía, alveoloplastia y frenectomía • Operculectomía, exostosis, tejido hiperplásico, escisión de tejido bucal para biopsia • Reimplante o estabilización de dientes, trasplante de dientes	Cirugía maxilofacial, incluida la atención posoperatoria para coronectomía, extracción parcial e intencional de dientes - Una por diente de por vida Cirugía maxilofacial, incluida la atención posoperatoria para: extracción de dientes, incluidos dientes incrustados, extracción de raíz, alveolectomía, alveoloplastia y frenectomía, operculectomía, exostosis, tejido hiperplásico, escisión de tejido bucal para biopsia, reimplante o estabilización de dientes, trasplante de dientes, escisión de		\$0 de copago*

Descripción del procedimiento dental: Descripción del procedimiento dental fácil de interpretar	Frecuencia: Frecuencia de pago del procedimiento dental por parte de Primera Blue Cross	Criterios y exclusiones: Condiciones en las cuales Primera Blue Cross pagaría por el procedimiento y situaciones en las cuales Primera Blue Cross NO pagaría por el procedimiento	Copago dentro de la red *Si opta por consultar a un dentista fuera de la red, podrían facturarle los cargos que exceden lo que paga el plan Servicios pagados hasta el máximo anual del beneficio dental
Escisión de tumor o quiste e incisión y drenaje de absceso o quiste	tumor o quiste e incisión y sin límite para drenaje de absceso o quiste		
Servicios de endodoncia			
Tratamiento de conducto	Un tratamiento de conducto inicial y un retratamiento por diente de por vida	Este es un tratamiento de conducto hecho en un diente por primera vez o como retratamiento de un diente donde se había completado un tratamiento de conducto previamente. No incluye tratamientos de conducto hechos desde la punta de la raíz mediante acceso a través de las encías, tratamiento de conducto incompleto o	\$0 de copago*

Descripción del procedimiento dental: Descripción del procedimiento dental fácil de interpretar	Frecuencia: Frecuencia de pago del procedimiento dental por parte de Primera Blue Cross	Criterios y exclusiones: Condiciones en las cuales Primera Blue Cross pagaría por el procedimiento y situaciones en las cuales Primera Blue Cross NO pagaría por el procedimiento	Copago dentro de la red *Si opta por consultar a un dentista fuera de la red, podrían facturarle los cargos que exceden lo que paga el plan Servicios pagados hasta el máximo anual del beneficio dental
		reparación interna de raíz por defectos de perforación.	
Pulpotomía	Sin límite		\$0 de copago*
Apicectomía			\$0 de copago*
Empastes retrógrados	Por raíz de por vida		\$0 de copago*
Medicamento colocado debajo del empaste para mejorar la cicatrización del conducto radicular	Ilimitado por año del plan al máximo anual del plan	Cubre el recubrimiento del conducto radicular de uno expuesto o casi expuesto. No cubre bases y recubrimientos cuando se hayan extraído todas las caries.	\$0 de copago*
Servicios de prostodoncia			
Dentadura postiza completa – maxilar (superior) o mandibular (inferior)	Una dentadura postiza completa superior o una dentadura postiza completa inferior cada siete años,		\$0 de copago*

Descripción del procedimiento dental: Descripción del procedimiento dental fácil de interpretar	Frecuencia: Frecuencia de pago del procedimiento dental por parte de Primera Blue Cross	Criterios y exclusiones: Condiciones en las cuales Primera Blue Cross pagaría por el procedimiento y situaciones en las cuales Primera Blue Cross NO pagaría por el procedimiento	Copago dentro de la red *Si opta por consultar a un dentista fuera de la red, podrían facturarle los cargos que exceden lo que paga el plan Servicios pagados hasta el máximo anual del beneficio dental
	incluida la atención de rutina posterior a la entrega		
Dentadura postiza parcial: Resina o metal, maxilar (superior) o mandibular (inferior) o maxilar (superior) o mandibular (inferior)	Una dentadura postiza parcial superior o una dentadura postiza parcial inferior cada siete años	Reemplazo de dentaduras postizas removibles o puentes fijos que no se pueden reparar después de 7 años desde la fecha de la última colocación	\$0 de copago*
Ajuste de dentadura postiza completa y parcial	Dos por dentadura y dentadura parcial por año		\$0 de copago*
Reforrado o reparación de base de dentadura postiza completa o parcial	Un reforrado o reparación de base de dentadura postiza removable existente cada 24 meses (solamente después de 24 meses desde la fecha de la última colocación, excepto que se coloque una prótesis inmediata que reemplace al menos 3 dientes).		\$0 de copago*

Descripción del procedimiento dental: Descripción del procedimiento dental fácil de interpretar	Frecuencia: Frecuencia de pago del procedimiento dental por parte de Primera Blue Cross	Criterios y exclusiones: Condiciones en las cuales Primera Blue Cross pagaría por el procedimiento y situaciones en las cuales Primera Blue Cross NO pagaría por el procedimiento	Copago dentro de la red *Si opta por consultar a un dentista fuera de la red, podrían facturarle los cargos que exceden lo que paga el plan Servicios pagados hasta el máximo anual del beneficio dental
Recementado	Un procedimiento por año calendario		\$0 de copago*
Reparación de dentaduras postizas o puente fijo	Una por dentadura postiza/puente cada 24 meses		\$0 de copago*
Servicios que no sean de rutina			
Teleodontología	Dos por año calendario		\$0 de copago*
Control del dolor	Ilimitado por año del plan al máximo anual del plan	Solamente si no se prestaron otros servicios además del examen y las radiografías el mismo día del servicio.	\$0 de copago*
Sedación profunda/anestesia general		Junto con la cirugía maxilofacial o cirugía periodontal cubiertas	\$0 de copago*
Anestesia local			\$0 de copago*
Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente)			\$0 de copago*

Exclusiones de beneficios dentales:

1. Servicios dentales que no son necesarios.
2. Hospitalización u otros cargos del centro.
3. Cualquier procedimiento odontológico realizado únicamente por motivos cosméticos y/o estéticos.
4. Cualquier procedimiento dental no asociado directamente con una enfermedad dental.
5. Cualquier procedimiento no realizado en un entorno dental.
6. Cirugía reconstructiva de cualquier tipo, incluida la cirugía reconstructiva relacionada con una enfermedad, lesión o anomalía congénita dental.
7. Procedimientos que se consideran experimentales, de investigación o no probados. Esto incluye regímenes farmacológicos no aceptados por el Consejo de la Asociación Dental Estadounidense sobre terapéutica dental. El hecho de que un servicio, tratamiento, dispositivo o régimen farmacológico experimental, en investigación o no probado sea el único tratamiento disponible para una afección en particular no resultará en cobertura si el procedimiento se considera experimental, en investigación o no probado en el tratamiento de esa condición particular.
8. Servicio por lesiones o condiciones cubiertas por las leyes de compensación laboral o de responsabilidad del empleador, y servicios que se brindan sin costo a las personas cubiertas por cualquier municipio, condado u otra subdivisión política. Esta exclusión NO se aplica a ningún servicio cubierto por Medicaid o Medicare.
9. Gastos por procedimientos dentales iniciados antes de la elegibilidad de la persona cubierta con el plan.
10. Servicios dentales prestados (incluidos los servicios dentales cubiertos) después de la fecha en que termina la cobertura individual según la póliza, incluidos los servicios dentales para afecciones dentales que surjan antes de la fecha en que termina la cobertura individual según la póliza.
11. Servicios prestados por un proveedor con la misma residencia legal que una persona cubierta o que sea miembro de la familia de una persona cubierta, incluido un cónyuge, hermano, hermana, padre o hijo.
12. Cargos por no asistir a una cita programada sin avisar al consultorio dental con 24 horas de antelación.
13. Cualquier servicio no mencionado anteriormente no está cubierto.

Descargo de responsabilidad: hable con su dentista sobre las opciones de tratamiento, los riesgos, los beneficios y las tarifas. Para verificar la cobertura y los costos de bolsillo, recomendamos que su proveedor envíe un presupuesto previo al tratamiento antes de que se presten los servicios. Los códigos de procedimiento pueden actualizarse para cumplir con la terminología dental actual (CDT) de la Asociación Dental Estadounidense (ADA) de acuerdo con los estándares nacionales. Terminología dental actual @ 2021 Asociación Dental Estadounidense. Reservados todos los derechos.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no cubre el plan.

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

Si recibe servicios excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo, salvo en las condiciones específicas que se indican a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará. La única excepción es si se presenta una apelación y se toma una decisión con respecto a un servicio tras una apelación por un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte Capítulo 9, Sección 5.3 en este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura		Hasta 12 consultas en 90 días para el dolor lumbar crónico. Hasta 6 consultas por año calendario para acupuntura de rutina. Se requiere autorización previa para acupuntura cubierta por Medicare
Atención dental que no sea de rutina		La atención dental necesaria para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierta como atención hospitalaria o ambulatoria.
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras.		Consulte los servicios dentales en el Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos y Beneficios dentales cubiertos después de la Tabla de beneficios médicos.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Atención quiropráctica de rutina		Consulte los servicios de quiropráctica en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.
Audífonos o exámenes para ajustar audífonos.		Los audífonos están cubiertos únicamente a través de Hearing Care Solutions.
Autopsias y servicios relacionados con las autopsias.	No cubierto bajo ninguna condición	
Ayudas para la visión baja, lentes aniseicónicos o anteojos normales (sin receta), anteojos de sol, y otras ayudas y servicios para la visión baja.	No están cubiertos bajo ninguna condición	
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar	No cubierto bajo ninguna condición	
Cargos por faltar a una consulta o por rellenar formularios de reclamos.	No cubierto bajo ninguna condición	
Cirugía o procedimientos cosméticos		Cubiertos en casos de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro malformado del cuerpo. Cubiertos para todas las etapas de la reconstrucción de un seno después de una mastectomía, así como para el seno no afectado para producir una apariencia simétrica. Se requiere autorización previa.
Comidas para huéspedes en un hospital o centro de enfermería especializada.	No cubierto bajo ninguna condición	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Concepción por medios artificiales, como la fecundación in vitro, las transferencias intrafalopianas de cigoto y las transferencias intrafalopianas de gametos (GIFT).	No cubierto bajo ninguna condición	
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado; por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.	No cubierto bajo y condición	
Cuidado del pie de rutina		Consulte los servicios de podología en el Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos.
Cuidados de enfermería a tiempo completo en su hogar.	No cubierto bajo ninguna condición	
Dispositivos, equipos o suministros principalmente por comodidad o conveniencia. Por ejemplo: acondicionadores de aire, humidificadores y toallas higiénicas para la incontinencia. Tenga en cuenta que estos ejemplos no conforman una lista exhaustiva.	No cubierto bajo ninguna condición	
Elementos personales en la habitación de un hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	No cubierto bajo ninguna condición	
Enfermeros privados.	No cubierto bajo ninguna condición	
Entrega de comidas a domicilio	No cubierto bajo ninguna condición	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para ajustar audífonos.		Consulte Servicios de audición en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratometría radial, cirugía LASIK, terapia de la vista y otras ayudas para poca visión.		Consulte Atención de la vista en la Tabla de beneficios del Capítulo 4.
Habitación privada en un hospital.		Cubierta solo si es médicamente necesaria.
Informes, evaluaciones o exámenes físicos de rutina principalmente para seguros, licencias, empleo u otros fines de terceros y no preventivos.	No cubierto bajo ninguna condición	
Lentes adicionales para el equipo médico de cataratas (es decir, tintes, revestimiento antirreflectante, progresivos, lentes de gran tamaño, etc.).		Cubierta solo cuando sea médicamente necesario.
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos en fase de investigación. Los procedimientos y los artículos en fase de investigación son aquellos que Original Medicare determina que no están generalmente aceptados por la comunidad médica.		Podrían tener cobertura de Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).
Procedimientos o servicios de mejora optativos o voluntarios.	No cubierto bajo ninguna condición	
Programas de enriquecimiento psicológico o de autoayuda para personas mentalmente sanas.	No cubierto bajo ninguna condición	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Reclamos de ambulancia por rechazo de transporte.	No cubierto bajo ninguna condición	
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	No cubierto bajo ninguna condición	
Servicios considerados no razonables ni necesarios según las normas de Original Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	
Servicios de naturopatía (se utilizan tratamientos naturales o alternativos).	No cubierto bajo ninguna condición	
Servicios de tareas domésticas que incluyen ayuda básica en el hogar, como tareas domésticas sencillas o la preparación de comidas livianas.	No cubierto bajo ninguna condición	
Servicios provistos en los centros de Asuntos de veteranos (VA).	No cubierto bajo ninguna condición	
Servicios relacionados con dispositivos intrauterinos (DIU).	No cubierto bajo ninguna condición	
Todos los costos relacionados con los padres sustitutos.	No cubierto bajo ninguna condición	
Transporte para casos que no sean de emergencia.		El servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si está documentado que la afección médica del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. Se requiere autorización previa.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Tratamiento o asesoramiento en ausencia de enfermedad, incluido el asesoramiento matrimonial.	No están cubiertos bajo ninguna condición	
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		Si los zapatos forman parte de un soporte de pierna y están incluidos en el costo del soporte de pierna. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético. Se requiere autorización previa.

Además de las exclusiones o limitaciones descritas anteriormente, en la Tabla de beneficios o en cualquier otra sección de esta *Evidencia de cobertura*, los siguientes artículos y servicios no están cubiertos por el plan:

- Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando se lo considera médicamente necesario y está cubierto por Original Medicare.
- Esterilización electiva.
- Servicios que se obtienen sin autorización previa, cuando esta es necesaria para obtenerlos.
- Tratamiento previo a la cobertura – Los servicios o suministros recibidos por un miembro antes de estar cubierto por este acuerdo no tienen cobertura.
- Inyecciones, que pueden autoadministrarse, en virtud de los beneficios médicos (Parte B). Algunas inyecciones que se autoadministran, tales como la insulina, pueden estar cubiertas por los beneficios de medicamentos (Parte D).
- Rehabilitación a largo plazo, incluidas fisioterapia, y terapia ocupacional y del habla.
- Servicios de masajes.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios que usted compra y se administra, con o sin la indicación médica. Estos pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D.
- Atención para afecciones que, según la ley estatal o local, deben ser tratadas en un centro público.
- No se cubren los servicios ni suministros que no son médicamente necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión según lo determinen los planes Primera Blue Cross Medicare Advantage, de acuerdo con los estándares médicos generalmente aceptados. Las únicas excepciones a esta disposición son los beneficios de atención preventiva descritos en la sección sobre beneficios y los beneficios para infertilidad médicamente necesarios.

- Servicios de médicos/instituciones de salud no médicas religiosas.
- Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) y Original Medicare no cubren la siguiente lista de suministros médicos. Esta lista no está completa y queda sujeta a cambios. Puede haber otros suministros médicos o equipos médicos duraderos (DME) no incluidos en esta lista que no tienen cobertura:
 - Limpiadores de aire
 - Elevadores de bañera
 - Asientos para bañera
 - Baños en cama (domiciliarios)
 - Elevadores de cama
 - Elásticos de cama
 - Camas – Reposeras (eléctricas o manuales)
 - Camas – Oscilatoria
 - Colorímetro refractante para el analizador de glucosa en sangre
 - Textos para la enseñanza de braille
 - Jarras
 - Deshumidificadores (sistema para habitación o de calefacción central)
 - Máquina de diatermia (estándar o con ondas pulsadas)
 - Sábanas o bolsas descartables
 - Medias elásticas
 - Limpiadores de aire eléctricos
 - Estimulación eléctrica para heridas
 - Máquinas electroestáticas
 - Elevadores
 - Riñoneras
 - Dilatadores de esófago
 - Equipos de ejercicio
 - Soportes de tela
 - Mascarillas (quirúrgicas)
 - Barras de agarre
 - Almohadilla de espuma para aplicar calor y masajes
 - Plantas de calefacción y enfriamiento
 - Humidificadores (para habitación o para sistemas de calefacción central)
 - Tanques de parafina (estándar)
 - Barras paralelas
 - Calefactores portátiles

- Bomba para jacuzzi portátil
- Sistemas portátiles de oxígeno preprogramados
- Mallas de presión
- Tacómetro por conteo de pulsos
- Elevadores de inodoro
- Baños sauna
- Tanques de oxígeno de repuesto
- Máquinas de enseñanza del habla
- Elevadores de escaleras
- Mesas altas
- Medias de descanso
- Cubrepiernas quirúrgicos
- Jeringas (pueden tener cobertura según el beneficio de la Parte D)
- Sistemas de alerta telefónica
- Tablas de inodoro
- Caminadoras
- Bombas para jacuzzi
- Bastones blancos

CAPÍTULO 5:

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

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo se **explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D**. Consulte en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos para enfermos terminales.

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

En general, el plan cubrirá los medicamentos siempre que cumpla las siguientes reglas básicas:

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro prescriptor) que le haga una receta que debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- El prescriptor no debe figurar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- En general, debe acudir a una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la sección 2, *Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos del plan”*).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertas referencias. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Adquiéralos en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos con receta cubiertos. El término medicamentos cubiertos significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que están en la “Lista de medicamentos” del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web ([primera.com/ma](https://www.primera.com/ma)), y/o llamar a Servicio al cliente.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red?

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través de Servicio al cliente o buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en [primera.com/ma](https://www.primera.com/ma).

¿Y si necesita una farmacia especializada?

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC) Generalmente, un centro de LTC (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicio al cliente.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (**Nota:** es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* o llame al Servicio al cliente.

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

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados con NM en nuestra “Lista de medicamentos.”

El servicio de pedido por correo del plan requiere permite que solicite **hasta un 90 suministro de días**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo visite nuestro sitio web en **primera.com/ma** o póngase en contacto Servicio al cliente.

Por lo general, el pedido a la farmacia será entregado el servicio de pedido por correo le llegará en 10 días como máximo. Si la farmacia de pedido por correo CVS Caremark prevé una demora en el pedido, se pondrán en contacto con usted y le ayudarán a decidir si debe esperar el medicamento, cancelar el pedido por correo u obtener el medicamento con receta en una farmacia local. Si necesita hacer un pedido urgente a causa de una demora en el pedido por correo, puede ponerse en contacto con Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento) para discutir las opciones, que puede incluir la obtención del medicamento con receta en una farmacia minorista local o agilizar el método de envío. Entregue su número de identificación y el/los número/s de receta a su representante. Si desea que le entreguen sus medicamentos en el segundo día o al día siguiente, puede pedírselo al representante del Servicio al cliente por un costo adicional.

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

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas de los medicamentos que reciba de los proveedores de atención médica, sin verificar con usted primero, si:

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado o
- Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento que su médico siga enviándonos sus recetas. No se requiere ninguna solicitud especial. O bien, puede comunicarse con Servicio al cliente para reiniciar la entregas automáticas si las suspendió anteriormente.

Si recibe un medicamento con receta automáticamente por correo que no desea, y no se comunicaron con usted para saber si la quería antes de que se entregara, puede ser elegible para un reembolso.

Si usó pedido por correo anteriormente y no desea que la farmacia reponga y envíe automáticamente cada receta nueva, comuníquese con nosotros mediante llamando al Servicio al cliente.

Si no ha usado nunca nuestra entrega de pedido por correo o decide interrumpir las reposiciones automáticas de las recetas nuevas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de atención médica para ver si usted desea que se reponga y se envíe el medicamento de inmediato. Es importante que responda cada vez que lo contacte la farmacia a fin de informarles si deben enviar, demorar o cancelar la receta nueva.

Para darse de baja de las entregas automáticas de recetas nuevas que se reciben directamente del consultorio del proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando al Servicio al cliente.

Renovaciones de medicamentos de pedido por correo con receta. Para la reposición de los medicamentos, existe la opción de inscribirse en un programa de reposición automática. En este programa, comenzaremos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que se está por quedar sin el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Usted puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado.

Si decide no utilizar el programa de reposición automática pero desea que la farmacia de pedido por correo le envíe la receta, póngase en contacto con la farmacia 15 días antes del vencimiento de la receta actual. De este modo, se asegurará de que el pedido se envíe a tiempo.

Para no ser parte del programa que prepara automáticamente resurtidos de pedido por correo, póngase en contacto con nosotros a través de llamando a Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

Si recibe automáticamente por correo un resurtido que no desea, puede solicitar un reembolso.

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, sus costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la “Lista de medicamentos” del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento en los gastos compartidos del pedido por correo un costo compartido. Su *Directorio de proveedores y farmacias* le indica las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Puede llamar Servicio al cliente para obtener más información.
2. Asimismo, puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte en la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 Cuándo utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarle, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Primero consulte con Servicio al cliente** para comprobar si existe alguna farmacia de la red cerca. Lo más probable es que tenga que pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

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

- La cobertura del acceso fuera de la red de los medicamentos de emergencia y algunos de rutina se proporcionará cuando no pueda acceder a una farmacia de la red y se produzca una de las siguientes condiciones:
 - Viaja fuera del área de servicio y se le acaba el medicamento, pierde sus medicamentos cubiertos de la Parte D o se enferma y necesita un medicamento cubierto de la Parte D.
 - No puede obtener un medicamento cubierto a tiempo en una farmacia de la red en su área de servicio (por ejemplo, no tiene acceso a una farmacia de la red que trabaje las 24 horas, los 7 días de la semana).
 - No puede obtener un medicamento en particular porque no se encuentra normalmente en una farmacia de la red o de venta por correo accesible (por ejemplo, medicamentos huérfanos o especializados de distribución limitada).
 - La farmacia de venta por correo de la red no puede obtener el medicamento cubierto de la Parte D a tiempo para usted y se queda sin medicamentos.
 - Usted recibe un medicamento de una farmacia institucional fuera de la red mientras se encuentra en un departamento de emergencias, la clínica de un proveedor, una cirugía ambulatoria u otro entorno ambulatorio.
 - Se encuentra en medio de una declaración de catástrofe federal u otra declaración de emergencia de salud pública en la que ha sido evacuado o de otro modo desplazado de su lugar de residencia y no se puede esperar razonablemente que obtenga los medicamentos cubiertos de la Parte D en una farmacia de la red.

En general, la cobertura de una farmacia fuera de la red en las situaciones especiales arriba mencionadas se limita a un suministro de 30 días del medicamento.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no la parte normal que le corresponde) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2 del Capítulo 7, se explica cómo pedir el reembolso al plan).

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 la “**Lista de medicamentos**” para abreviarla.

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista cumple los requisitos de Medicare y fue aprobada por Medicare.

Los medicamentos de la “Lista de medicamentos” son solo los cubiertos por la parte D de Medicare

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la “Lista de medicamentos” del plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que se encuentra:

- aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para los que se receta;
- o avalado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

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

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con un nombre de marca comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los que se basan en una proteína) se denominan productos biológicos. En la “Lista de medicamentos”, cuando nos referimos a medicamentos, puede tratarse de un medicamento o de un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento de prescripción que posee los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, presentan alternativas que se denominan biosimilares. En general, los genéricos y los biosimilares

funcionan tan bien como el medicamento de marca o producto biológico y a menudo cuestan menos. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos.

¿Qué *no* se incluye en la “Lista de medicamentos”?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en nuestra “Lista de medicamento”s. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no figura en la “Lista de medicamentos”. Para más información, consulte en el Capítulo 9.

Sección 3.2 Hay 6 niveles de costo compartido para los medicamentos incluidos en la “Lista de medicamentos”

Todos los medicamentos de la “Lista de medicamentos” del plan se encuentran en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- **Nivel 1 de costo compartido: Genérico preferido.** El nivel 1 es el nivel más bajo e incluye medicamentos genéricos preferidos.
- **Nivel 2 de costos compartidos: Genérico.** El nivel 2 incluye medicamentos genéricos.
- **Nivel 3 de costo compartido: Marca preferida.** El Nivel 3 incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- **Nivel 4 de costo compartido: Medicamento no preferido.** El Nivel 4 incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- **Nivel 5 de costo compartido: Nivel de especialidad.** El Nivel 5 contiene medicamentos genéricos y de marca de alto costo, que pueden requerir un manejo especial y/o una estrecha vigilancia.
- **Nivel 6 de costo compartido: Atención selecta.** El nivel 6 incluye medicamentos Select Care hasta un suministro de 100 días.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en la “Lista de medicamentos” del plan.

El monto que usted debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*).

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

Hay cuatro formas de averiguarlo:

1. Consulte la “Lista de medicamentos” más reciente que le enviamos vía electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (**premera.com/ma**). La “Lista de medicamentos” en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicio al cliente para saber si un medicamento en particular está incluido en la “Lista de medicamentos” del plan o para pedir una copia de la lista.
4. Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan (**premera.com/ma** o llamando Servicio al cliente). Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la “Lista de medicamentos” para ver una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la “Lista de medicamentos” que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para ayudarlo a usted y al proveedor a usar los medicamentos del modo más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la “Lista de medicamentos”.

Cada vez que un medicamento seguro y de bajo costo funcione médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarlos a usted y al proveedor a utilizar esa opción más económica.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en la “Lista de medicamentos”. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en función de la potencia, la cantidad o la forma del medicamento recetado por el médico, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costo compartido a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno al día frente a dos al día; comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay?

Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que establecemos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que el plan le cubra el medicamento.

Póngase en contacto con Servicio al cliente para saber lo que necesitarían hacer usted o el proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte en el Capítulo 9)

Restricción de medicamentos de marca o producto biológico original cuando existe una versión genérica o biosimilar intercambiable disponible

Un medicamento genérico o biosimilar intercambiable funciona de la misma manera que un medicamento de marca o producto biológico original pero, por lo general, es más económico. **En la mayoría de los casos, cuando si existe una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o producto biológico original, las farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica o biosimilar intercambiable en lugar del medicamento de marca o producto biológico original**. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo por el cual ni el medicamento genérico o biosimilar intercambiable ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección le hacen efecto, cubriremos el medicamento de marca o producto biológico original. (La parte del costo que le corresponda pagar puede ser mayor para el medicamento de marca o producto biológico original que para el genérico o biosimilar intercambiable).

Obtención de la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o el proveedor necesitan obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Este proceso se denomina **autorización previa**. Se lleva a cabo para garantizar la seguridad de la medicación y ayudar a orientar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos pero generalmente igual de eficaces antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **tratamiento escalonado**.

Límites de cantidad

En el caso de algunos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que puede obtener al momento de surtir una receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?

Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera

Hay situaciones en las que está tomando un medicamento recetado o un medicamento que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando y que no está en nuestro Formulario o está en el Formulario con ciertas restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento, tal como se explicó en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser.
- Puede tomar medidas si el medicamento no se encuentra cubierto del modo en que quisiera que lo estuviese. Si el medicamento no figura en la “Lista de medicamentos” o si se encuentra restringido, consulte en la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la “Lista de medicamentos” o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?

Si su medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o está restringido, estas son las opciones:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con el proveedor sobre el cambio de cobertura y decidir lo que debe hacer.

Para tener derecho a un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe figurar en la “Lista de medicamentos” del plan O se encuentra ahora restringido de algún modo.**

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante el primer **90 días** de su afiliación al plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante el primer 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su receta médica está indicada para menos días, permitiremos que realice múltiples resurtidos del medicamento por un máximo de hasta 30 días. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
- **Para aquellos miembros que han estado en el plan durante más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de emergencia de de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta es por menos días. Esto es adicional al suministro temporal que se mencionó antes.

En caso de dudas sobre un suministro temporal, comuníquese con Servicio al cliente.

En el período durante el cual utilice el suministro temporal de un medicamento, debe consultar con el proveedor para decidir lo que debe hacer cuando se agote este suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Consulte con el proveedor si existe un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicio al cliente para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y el proveedor pueden solicitarle al plan hacer una excepción y cubrir el medicamento del modo en que desearía que estuviese cubierto. Si el proveedor indica que existen razones médicas que justifican que nos pida una excepción, el proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la “Lista de medicamentos” del plan. O puede pedirle al plan hacer una excepción y cubrir el medicamento sin restricciones.

Si usted y el proveedor desean solicitar una excepción, consulte en la Sección 6.4 del Capítulo 9 que le explica el modo de hacerlo. Explica los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se trate de modo inmediato y justo.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado?

Si un medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar a otro medicamento

Si el medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que considera muy alto, consulte con el proveedor. Puede haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Comuníquese con Servicio al cliente para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para que pague menos por el medicamento. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer. También se mencionan los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

Los medicamentos del Cost-Sharing Tier 5, Specialty Tier no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de costo compartido para los medicamentos en este nivel.

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

Sección 6.1 La “Lista de medicamentos” puede sufrir modificaciones durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos tienen lugar al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede realizar algunos cambios en la “Lista de medicamentos”. Por ejemplo, el plan podría hacer lo siguiente:

- **Agregue o elimine medicamentos de la “Lista de medicamentos”.**
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por con una versión genérica del medicamento.**

- **Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que está tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la “Lista de medicamentos”, publicamos información en nuestra página web sobre dichos cambios. También actualizamos la “Lista de medicamentos” en línea con regularidad. A continuación le indicamos los momentos en los que recibirá una notificación directa si se producen cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios en la cobertura de medicamentos que lo afectan durante el año en curso del plan

- **Un medicamento genérico nuevo sustituye al medicamento de marca registrada en la “Lista de medicamentos” (o bien cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca registrada o ambas acciones)**
 - Podemos quitar de inmediato un medicamento de marca registrada de la “Lista de medicamentos” si lo reemplazamos por una versión nueva de un genérico autorizado del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o un nivel menor y con las mismas o menores restricciones. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en la “Lista de medicamentos”, pero pasarlo inmediatamente a un nivel superior de costo compartido o añadir nuevas restricciones, o ambas acciones, al añadir el nuevo genérico.
 - Es posible que no le informemos con antelación antes de realizar ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca al momento de hacer el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. Esto incluye información sobre los pasos a seguir para realizar una solicitud de excepción para que sigamos cubriendo el medicamento de marca. Es posible que no reciba esta notificación antes de que hagamos el cambio.
 - Usted o el prescriptor pueden solicitarnos hacer una excepción y continuar cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre el modo de solicitar una excepción, consulte en el Capítulo 9.
- **Medicamentos riesgosos y otros medicamentos de la “Lista de medicamentos” que se retiran del mercado**
 - A veces un medicamento puede considerarse riesgoso o retirarse del mercado por otra razón. Si esto ocurre, el plan eliminará inmediatamente el medicamento de la

“Lista de medicamentos”. Si está tomando ese medicamento, se lo comunicaremos de inmediato.

- Se le informará a su prescriptor acerca de este cambio y podrá colaborar con usted para hallar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios en los medicamentos de la “Lista de medicamentos”**
 - Es posible que, una vez iniciado el año, realicemos otros cambios que afecten a los medicamentos que toma. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la “Lista de medicamentos” o modificar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca registrada o ambas acciones. También podríamos realizar cambios en función de advertencias de la FDA en los envases o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Debemos avisarle con, al menos, 30 días de anticipación sobre el cambio o darle un aviso del cambio y suministrarle un resurtido para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
 - Después de recibir el aviso del cambio, usted debe trabajar con la persona autorizada a dar recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos.
 - O bien, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

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

Podemos hacer ciertos cambios en la “Lista de medicamentos” que no se describieron anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará si está tomando el medicamento al momento del cambio; sin embargo, estos cambios probablemente lo afectarán a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Establecimos una restricción nueva respecto del uso del medicamento.
- Quitamos el medicamento de la “Lista de medicamentos”.

Si ocurre alguno de estos cambios con respecto a un medicamento que toma (pero no a causa de un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca registrada u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará el uso o lo que paga como la parte del costo que le corresponde hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en los pagos ni ninguna restricción añadida al uso del medicamento.

No le informaremos directamente de este tipo de cambios durante el año en curso del plan. Deberá consultar la “Lista de medicamentos” para el próximo año del plan (cuando la lista se encuentre disponible durante el periodo de inscripción abierta) para comprobar si existe algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección se describen los tipos de medicamentos con receta que se excluyen. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo. Si apela y se determina que el medicamento solicitado no se encuentra excluido en virtud de la parte D, lo pagaremos o lo cubriremos (para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

A continuación, se presentan tres normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre según la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. **Uso para una indicación no autorizada** es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- La cobertura del uso para una indicación no autorizada solo se permite cuando esté sustentada por ciertas referencias específicas, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

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

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.

- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante.

Si está recibiendo “Ayuda adicional” de parte para pagar sus medicamentos con receta, el programa “Ayuda adicional” no pagará los medicamentos que por lo general no cubre. Sin embargo, si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado pueden cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Obtener un medicamento con receta

Sección 8.1 Proporcione su información de miembro

Para surtir la receta, proporcione los datos de afiliación al plan, que se encuentran en la tarjeta de afiliación, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan *nuestra* parte del costo de los medicamentos. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene su información de miembro?

Si no posee la información del plan en el momento de obtener el medicamento con receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción de su plan.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire.** (Entonces puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde. Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura descritas en este Capítulo.

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

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como una casa de reposo) posee su propia farmacia o una farmacia que le provee medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de atención a largo plazo (LTC), puede obtener los medicamentos con receta a través de la farmacia del centro de la que usted es cliente, mientras que sea parte de la red.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para conocer si la farmacia del centro de LTC o de la que es cliente forma parte de la red. Si no lo es, o si necesita más información o asistencia, póngase en contacto con Servicio al cliente. Si se encuentra en un LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir normalmente los beneficios de la parte D a través de la red de farmacias del LTC.

¿Qué ocurre si es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no se encuentra en la “Lista de medicamentos” o que está restringido de alguna manera?

Consulte en la Sección 5.2 sobre el suministro temporal o de emergencia.

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

Si actualmente posee otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o grupo de jubilación (o el de su cónyuge o pareja de hecho), póngase en contacto con **ese administrador de beneficios de grupo**. El administrador puede ayudarlo a determinar el modo en el que funcionará la cobertura actual para medicamentos con receta en relación con el plan.

En general, si posee cobertura por empleo o grupo de jubilación, la cobertura que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de grupo. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, el empleador o grupo de jubilación debe enviarle una notificación en la que se indica si la cobertura de medicamentos recetados para el siguiente año calendario es acreditable.

Si la cobertura del plan del grupo es acreditable, significa que el plan posee una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.

Guarde esta notificación sobre la cobertura acreditable, dado que podría necesitarla más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura para medicamentos de la Parte D, podría necesitar estos avisos para demostrar que mantuvo la cobertura acreditable. En caso de no haber recibido la notificación de cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios del empleador o del plan de jubilación, al empleador o al sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?

El centro de cuidados paliativos y el plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscripto en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita un medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico que no cubre el centro porque no se relaciona con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, el plan debe ser notificado por el prescriptor o por el proveedor del centro de cuidados paliativos de que el medicamento no se relaciona con la enfermedad o afección antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que el plan debería cubrir, solicite al proveedor de cuidados paliativos o al prescriptor que se lo notifique antes de que se surta la receta.

En el caso de que anule la elección del centro de cuidados paliativos o sea dado de alta del centro, el plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio del centro de cuidados paliativos de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar la anulación o el alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarles a asegurarse de que estén recibiendo una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, como estos:

- Posibles errores en los medicamentos
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo
- Recetas de medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides

Si detectamos un posible problema en su uso de los medicamentos, colaboraremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de modo seguro los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se denomina Programa de Manejo de Medicamentos (DMP). Si usted utiliza medicamentos opioides que recibe de varios médicos o farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Con los médicos, si decidimos que su consumo de los medicamentos opioides o benzodiazepina con receta puede no ser seguro, podemos limitar la forma en que usted obtenga estos medicamentos. Si lo incluimos en el DMP, las limitaciones pueden ser:

- solicitarle que obtenga todas las recetas de los medicamentos opioides o benzodiazepina de ciertas farmacias
- solicitarle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides o benzodiazepina de ciertos médicos
- limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que le cubriremos

Si consideramos que una o más de estas limitaciones se deben aplicar, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le exigirá que obtenga las recetas para estos medicamentos solo con un médico o farmacia específico. Tendrá la posibilidad de comunicarnos los médicos o las farmacias a los que prefiere acudir, y de brindarnos cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Después de haber tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar la cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta con la confirmación de la limitación. Si considera que cometimos un error o no coincide con la decisión que tomamos o la limitación que establecimos, usted y el recetador tienen derecho a solicitarnos una apelación. En caso de apelar, revisaremos el caso y le informaremos la nueva decisión. Si continuamos rechazando alguna parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

Es posible que no se lo incluya en el DMP si padece ciertas afecciones médicas, como dolor activo relacionado con cáncer o deprimocitosis, si recibe cuidados paliativos, terminales o de un centro de cuidados paliativos, o si vive en un centro de cuidados de largo plazo.

Sección 10.3 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) programa para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

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

médicos desarrolló el programa para ayudarnos a garantizar que los miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen un gasto alto en medicamentos, o son parte de un programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar los opioides de modo seguro, pueden obtener los servicios a través de un programa de MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Durante la revisión, puede consultar sobre el mejor modo de tomar los medicamentos, los costos o cualquier problema o inquietud que surja sobre los medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de los medicamentos. Asimismo, obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que toma, la cantidad que toma, los horarios en que los toma y el motivo por el que los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre el desecho seguro de los medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Le recomendamos consultar con el médico sobre la lista de tareas y los medicamentos recomendados. Lleve un resumen a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, mantenga la Lista de medicamentos actualizada siempre (por ejemplo, junto con su identificación) en caso de asistir al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos información. Si usted decide no participar, notifíquelo y lo retiraremos. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con Servicio al cliente.

CAPÍTULO 6:

*Lo que le corresponde pagar por los
medicamentos con receta de la
Parte D*

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Hemos incluido un inserto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get "Extra Help" Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada Low-Income Subsidy Rider o LIS Rider (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicio al cliente y solicite la Cláusula adicional LIS.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos

Este capítulo se centra en lo que usted paga por medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término “medicamento” en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas por seguir cuando usted recibe sus medicamentos cubiertos. En el capítulo 5, secciones 1 a 4, se explican estas normas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficio en tiempo real” del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el capítulo 5, sección 3.3), el costo que se muestra se facilita en “tiempo real”, lo cual significa que el costo que ve en la herramienta refleja una estimación de lo que se espera que pague usted en ese momento. También puede obtener la información proporcionada por la “Herramienta de beneficio en tiempo real” llamando a Servicio al cliente.

Sección 1.2 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Hay diferentes tipos de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se denomina **costo compartido**; hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

- **Deducible** es el monto que usted paga por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- **Copago** es el monto fijo que usted paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- **Coseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Sección 1.3 **Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo**

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta para los gastos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para llevar un registro de los gastos que paga de su bolsillo.

Estos pagos se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

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

- El monto que paga por medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - etapa del deducible
 - etapa de cobertura inicial
 - etapa del período de interrupción en la cobertura
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de que se uniese a nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* en los costos de su bolsillo si los efectúa en su nombre **otra persona u organización**. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, un Programa estatal de asistencia farmacéutica que esté calificado por Medicare o por el Servicio de salud para la población india estadounidense. También se incluyen los pagos hechos por el programa “Ayuda adicional” de Medicare.
- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare en los costos de su bolsillo. Se incluye el monto que el fabricante paga por los medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de \$8,000 en el año calendario, pasará de la Etapa del período de interrupción en la cobertura a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

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

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Pagos que realiza el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras se encuentra en la Etapa del período sin la cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que realizan los planes de salud grupal, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y los Asuntos de veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).

Recordatorio: si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llame a Servicio al cliente.

¿Cómo se puede llevar un registro total de los costos que paga de su bolsillo?

- **Nosotros le ayudaremos.** El informe de la Explanation of Benefits (EOB) de la Parte D que recibirá incluye el importe actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este importe alcance los \$8,000, este informe le indicará que ha dejado el etapa del período de interrupción en la cobertura y ha pasado a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que esté al obtener el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO)?

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos** en su cobertura de medicamentos con receta de Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO). El monto que usted paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando obtenga un medicamento con receta o un resurtido. Los detalles de cada etapa están en las secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son:

Etapas 1: etapa del deducible anual

Etapas 2: etapa de cobertura inicial

Etapas 3: etapa del período de brecha en la cobertura

Etapas 4: etapa de cobertura catastrófica

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

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D)

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos con receta o un resurtido en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A esto se lo denomina costo “**que paga de su bolsillo**”.
- Llevamos un registro de los “**costos totales de sus medicamentos**.” Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Si usted surtió uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una EOB de la Parte D. La EOB de la Parte D incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.

- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información del año hasta la fecha. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre aumentos de precio desde el primer surtido para cada solicitud de receta de la misma cantidad.
- **Hay disponibles recetas alternativas a menor precio.** Incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada reclamo de medicamento con receta.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de conocer las recetas que está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar la totalidad del costo de un medicamento con receta. En estos casos, no recibimos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de los gastos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de los gastos que paga de su bolsillo, denos copias de los recibos. Estos son ejemplos de momentos en los que debe darnos copias de sus recibos de sus medicamentos:
 - cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan;
 - cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento;
 - cada vez que compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que paga el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si le facturan un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte del costo que le corresponde. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia de medicamentos para el SIDA, un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de salud para la población india

estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. Mantenga un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba una EOB de la Parte D revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si le parece que el informe está incompleto o tiene alguna pregunta, llame a Servicio al cliente. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de los medicamentos del Nivel 3, 4 y 5

La Etapa de deducibles es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Pagará un deducible anual de \$160 para medicamentos Nivel 3, 4 y 5. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de Nivel 3, 4 y 5** hasta que alcance el monto del deducible del plan. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes, el tétano y para viajes. Para el resto de los medicamentos, no deberá pagar ningún tipo de deducible. El **costo total** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, puesto que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red.

Una vez que usted haya pagado \$160 por los medicamentos del Nivel 3, 4, y 5, usted sale de la Etapa de deducibles y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos y usted paga su parte (el copagos o coseguro de coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y dónde obtiene los medicamentos con receta.

El plan tiene 6 niveles de costo compartido

Todos los medicamentos de la “Lista de medicamentos” del plan se encuentran en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el número de nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- **Nivel 1 de costo compartido: Genérico preferido.** El nivel 1 es el nivel más bajo e incluye medicamentos genéricos preferidos.
- **Nivel 2 de costos compartidos: Genérico.** El nivel 2 incluye medicamentos genéricos.

- **Nivel 3 de costo compartido: Marca preferida.** El Nivel 3 incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- **Nivel 4 de costo compartido: Medicamento no preferido.** El Nivel 4 incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- **Nivel 5 de costo compartido: Nivel de especialidad.** El Nivel 5 contiene medicamentos genéricos y de marca de alto costo, que pueden requerir un manejo especial y/o una estrecha vigilancia.
- **Nivel 6 de costo compartido: Atención selecta.** El nivel 6 incluye medicamentos Select Care hasta un suministro de 100 días.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la “Lista de medicamentos” del plan.

Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según el lugar donde obtenga el medicamento:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para saber cuándo cubriremos un medicamento con receta médica surtido en una farmacia fuera de la red, consulte el Capítulo 5, Sección 2.5.
- Una farmacia de pedido por correo del plan.

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 de el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento

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

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

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

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

Nivel	Minorista estándar costo compartido (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Pedido por correo costo compartido (un suministro de hasta 30 días)	Atención a largo plazo (LTC) costo compartido (un suministro de hasta 31 días)	Fuera de la red costo compartido (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (un suministro de hasta 30 días)
Nivel 1 de gastos compartidos (Genéricos preferidos)	\$4 de copago	\$4 de copago	\$4 de copago	\$4 de copago más toda diferencia de costo que surja por no haber usado una farmacia estándar
Nivel 2 de gastos compartidos (Genéricos)	\$12 de copago	\$12 de copago	\$12 de copago	\$12 de copago más toda diferencia de costo que surja por no haber usado una farmacia estándar
Nivel 3 de gastos compartidos (Marca preferida)	\$42 copago	\$42 copago	\$42 copago	\$42 de copago más toda diferencia de costo que surja por no haber usado una farmacia estándar
Nivel 4 de gastos compartidos (Medicamento no preferido)	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago más toda diferencia de costo que surja por no haber usado una farmacia estándar

	Minorista estándar costo compartido (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Pedido por correo costo compartido (un suministro de hasta 30 días)	Atención a largo plazo (LTC) costo compartido (un suministro de hasta 31 días)	Fuera de la red costo compartido (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (un suministro de hasta 30 días)
Nivel				
Nivel 5 de gastos compartidos (Nivel especializado)	30 % del costo total	30 % del costo total	30 % del costo total	30 % del costo total más toda diferencia de costo que surja por no haber usado una farmacia estándar
Nivel de gasto compartido 6 (Medicamentos de atención selecta)	\$0 de copago (hasta un suministro de 100 días)	\$0 de copago (hasta un suministro de 100 días)	\$0 de copago	\$0 de copago

No pagará más de \$35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto independientemente del nivel de costo compartido, incluso aunque no haya pagado su deducible.

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

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en algunos casos, usted o su médico deseen que usted tenga un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le dispense un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes medicamentos con receta.

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

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Como el coseguro depende del costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de un copago del medicamento, solo pagará la cantidad de días del medicamento que usted recibe en lugar de un mes entero. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el costo compartido diario) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Tabla que muestra sus costos por *un suministro a largo plazo* (hasta 90 días) de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es para para hasta 90-días.

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

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

La parte que le corresponde pagar del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

Nivel	Gastos Compartidos minorista estándar (dentro de la red (suministro de para hasta 90 días)	Pedido por correo de costo compartido (suministro de para hasta 90 días)
Nivel de gastos compartidos 1 (Genéricos preferidos)	\$12 copago	\$0 copago
Nivel de gastos compartidos 2 (Genéricos)	\$36 copago	\$36 copago
Nivel de gastos compartidos 3 (Marca preferida)	\$126 copago	\$126 copago
Nivel de gastos compartidos 4 (Medicamento no preferido)	\$300 copago	\$300 copago

Nivel	Gastos Compartidos minorista estándar (dentro de la red (suministro de para hasta 90 días)	Pedido por correo de costo compartido (suministro de para hasta 90 días)
Nivel de gastos compartidos 5 (Nivel especializado)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos de Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos de Nivel 5.
Nivel de gastos compartidos 6 (Medicamentos de atención selecta)	\$0 de copago (hasta un suministro de 100 días)	\$0 de copago (hasta un suministro de 100 días)

No pagará más de \$105 por el suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto independientemente del nivel de costo compartido, incluso aunque no haya pagado su deducible.

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$5,030

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total correspondiente a los medicamentos con receta que ha obtenido y que ha resurtido llegue al **límite de \$5,030 para la Etapa de cobertura inicial**.

La EOB de la Parte D que usted recibirá lo ayudará a llevar un registro del monto que usted, el plan y terceros han gastado en su nombre durante el año. Muchas personas no llegan al límite de \$5,030 en un año.

Le informaremos si usted alcanza este monto. Si alcanza este monto, pasará de la etapa de cobertura inicial a la etapa de período sin cobertura. Para saber cómo Medicare calcula los gastos que paga de su bolsillo, consulte la Sección 1.3.

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa del período sin cobertura

Cuando está en la Etapa del período de interrupción en la cobertura, el Programa de descuento de la brecha en la cobertura de Medicare proporciona descuentos en medicamentos de marca registrada. Usted paga el 25 % del precio negociado y una parte de la tarifa de dispensación para medicamentos de marca registrada. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante se tienen en cuenta para los gastos de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad, y lo desplaza a lo largo de la brecha en la cobertura.

También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. Usted solo pagará el 25 % del costo de los medicamentos genéricos y el plan cubrirá el resto del costo. Solo el monto que usted paga es considerado y lo desplaza en el periodo sin cobertura.

Usted sigue pagando estos costos hasta que el total de lo que paga anualmente de su propio bolsillo llegue a la cantidad máxima que ha fijado Medicare. Una vez que alcanza este monto \$8,000, deja la etapa del período sin cobertura y pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta para sus gastos de bolsillo (Sección 1.3).

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

No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

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

SECCIÓN 7 Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Usted ingresa a la Etapa de cobertura catastrófica cuando los costos que paga de su bolsillo alcanzan el límite de \$8,000 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura catastrófica, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. No pagas nada.

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

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la “Lista de medicamentos” del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la “Lista de medicamentos” de su plan o póngase en contacto con Servicio al cliente para obtener información sobre cobertura y costo compartido en relación con vacunas específicas.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de **aplicarle la vacuna** (a veces se lo denomina administración de la vacuna).

El costo de la vacuna de la Parte D depende de tres factores:

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

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están recomendadas por el ACIP y no le cuestan nada a usted.

2. Dónde recibe la vacuna.

- La vacuna en sí puede entregarse en una farmacia o en un consultorio médico.

3. Quién le aplica la vacuna.

- Un farmacéutico u otro proveedor puede aplicar la vacuna en la farmacia. Otra alternativa es que la aplique un proveedor en un consultorio médico.

Lo que usted paga en el momento en que se le aplica la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias y de la **etapa de pago de medicamentos** en la que se encuentre.

- A veces, cuando se le aplica una vacuna, tiene que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del proveedor que se la aplica. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará todo lo que haya pagado.
- Otras veces, cuando se le aplique una vacuna, pagará sólo la parte del costo que le corresponda de acuerdo con su beneficio de la Parte D. Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

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

Situación 1: Le aplican la vacuna de la Parte D en una farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. Algunos estados no permiten que las farmacias apliquen ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia sus copago por la vacuna en sí, lo cual incluye el costo de la aplicación de 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 reciba la vacuna, quizás deba pagar el costo total de la vacuna propiamente dicha y el costo del proveedor que se la aplica.
- Luego, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos que se describen en el capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, le reembolsarán todo el monto que haya pagado. Para otras vacunas de la Parte D, se le

reembolsará la cantidad que pagó menos los copago de la vacuna (incluida la aplicación), y menos la diferencia que exista entre el monto que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos la diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D propiamente dicha en una farmacia de la red y luego la lleva al consultorio de su médico, donde le aplican la vacuna.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada por la vacuna propiamente dicha.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia sus copago por la vacuna propiamente dicha.
- Cuando su médico le aplique la vacuna, es posible que usted tenga que pagar el costo total de este servicio.
- A continuación, puede solicitar a nuestro plan que pague la parte del plan del costo mediante los procedimientos descritos en el capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el importe total que haya pagado. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que pagó menos el coseguro por la aplicación de la vacuna.

CAPÍTULO 7:

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos

A veces, cuando reciba atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se le llama reembolso). Usted tiene derecho a recibir el reintegro de nuestro plan cuando ha pagado más de la parte que le corresponde pagar por el costo de servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que deba cumplir algunas fechas límite para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

A veces, también puede suceder que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o, posiblemente, por más que su parte del costo compartido, como se analiza en el documento. Primero, trate de resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Usted nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor tiene contrato con nosotros, usted igualmente tiene derecho a recibir tratamiento.

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

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

Fuera del área de servicio, usted puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que el proveedor pertenezca o no a nuestra red. En esos casos,

- solo es responsable de pagar la parte del costo que le corresponde a usted por los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia tienen la obligación legal de brindar atención de emergencia. Si usted, paga el monto total en el momento de recibir el servicio, pídanos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
- Puede recibir una factura del proveedor en la que le solicite un pago que usted cree que no le corresponde. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente.
 - Si ya ha pagado más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos su parte del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y pedirle solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo tiene que pagar el monto costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina facturación de saldos. Esta protección (que nunca paga más que el monto de sus costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. Esto significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos cierta documentación como recibos y facturas para que coordinemos su reembolso.

4. Cuando surte un medicamento con receta en una farmacia fuera de la red

Si usted va a una farmacia fuera de la red, la farmacia probablemente no pueda presentarnos el reclamo directamente a nosotros. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta.

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reembolso de nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para ver un análisis de estas circunstancias.

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

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del plan. Sin embargo, si la

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.

6. Cuando usted paga el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la “Lista de medicamentos” del plan o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos anteriores corresponden a tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este documento se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió

Puede solicitarnos que le reembolsemos antes de enviándonos una solicitud por escrito. Si nos envía una solicitud por escrito, envíe la factura y documentación de los pagos que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros. **Debe presentarnos el reclamo dentro de 12 meses (1 año)** a partir de la fecha en que recibió el servicio, elemento o medicamento.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede llenar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar su pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web ([primera.com/ma](https://www.primera.com/ma)) o llame a Servicio al cliente y pida el formulario.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Para solicitudes de reembolso de servicios médicos (por ejemplo, visita al consultorio del médico), envíe por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado a esta dirección:

Member Correspondence
PO Box 211151
Eagan, MN 55121

Para solicitudes de reembolso de medicamentos con receta o vacunas de la Parte D, envíe por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado a esta dirección:

CVS/Caremark - Medicare Part D Paper Claim
PO Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

Para solicitudes de reembolso de servicios dentales, envíenos por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado a esta dirección:

Primera Blue Cross
PO Box 981743
El Paso, TX 79998-1743

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o en el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener los detalles de cómo realizar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y sea coherente con sus sensibilidades culturales (en idiomas que no sean el inglés, en braille, etc.).

Su plan tiene la obligación de asegurar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera respetuosa de las culturas y que sean accesibles a todos los inscritos, incluidos aquellos con un dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellos de diversos orígenes culturales y étnicos. Entre los ejemplos de cómo un plan puede cumplir esos requisitos de accesibilidad se incluyen, a título enunciativo, la provisión de servicios de traductores, intérpretes, teleescritores o conexión a TTY (teléfono de texto o teléfono de teleescritor).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Este documento se encuentra disponible de forma gratuita en Español. También podemos proporcionarle información en sistema braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan que sea accesible y apropiada para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicio al cliente.

Nuestro plan tiene la obligación de darles a las mujeres inscritas la opción de tener acceso directo a un especialista de salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica de rutina y preventivos.

Si los proveedores de una especialidad de la red del plan no están disponibles, es responsabilidad del plan encontrar proveedores de la especialidad fuera de la red que le brinden la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará los costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas de la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan para obtener información sobre a dónde debe dirigirse para obtener este servicio por un costo compartido dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener la información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, ver a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar un reclamo ante Servicio al cliente. También puede presentar una queja ante Medicare mediante un llamado a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para que le brinde los servicios cubiertos y los coordine. También tiene derecho a ir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una remisión.

Tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención médica. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si usted considera que no está recibiendo la atención médica o sus medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, el Capítulo 9 le explica lo que puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo exigido por estas leyes.

- Su información de salud personal incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y control sobre cómo se usa su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina **Notice of Privacy Practice** (Aviso sobre prácticas de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Salvo en las circunstancias que se indican abajo, si tenemos la intención de dar su información a cualquier persona que no le brinde atención o pague su atención, *tenemos la obligación de obtener antes el permiso por escrito de usted o de una persona a la que usted haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre*.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones las permite o exige la ley.
 - Se nos exige divulgar información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención médica.
 - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentaciones federales; normalmente, esto requiere que no se comparta la información que lo identifique a usted de forma individual.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Tiene derecho a ver sus registros médicos, que se conservan en el plan, y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene

derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

Para obtener una copia electrónica de la Notificación de las normas de privacidad, visite nuestro sitio web, **primera.com**. Si desea que le enviemos una copia impresa, escriba a la siguiente dirección:

Cuidado a largo plazo únicamente:

Primera Blue Cross
MS 320
PO Box 327
Seattle, WA 98111-0327
877-266-7827

Todas las demás coberturas:

Primera Blue Cross
MS 111
PO Box 327
Seattle, WA 98111-0327
800-427-7272

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO), tiene derecho a que le enviemos varios tipos de información.

Si desea que le enviemos alguno de los siguientes tipos de información, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la parte posterior de este documento):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos.

- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionar información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionar información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no tiene cobertura y qué puede hacer usted al respecto.** En el Capítulo 9 se brinda información sobre cómo pedir una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura está restringida. En el Capítulo 9 también se proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, lo que también se llama apelación.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

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

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores le deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento *de manera tal que usted comprenda*.

Usted también tiene derecho a participar de la toma de decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Usted tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Desde luego que, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que *si quiere*, usted puede:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle **a otra persona la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darle a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan **directivas anticipadas**. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos llamados **testamento vital** y el **poder notarial para la atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea utilizar una **directiva anticipada** para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Puede pedir un formulario de directiva anticipada a su abogado, a un asistente social o conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Complete y firme el formulario.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario al médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona que tomará las decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo. Le conviene darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Conserve una copia en su casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es su elección si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (inclusive si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar una queja ante la Oficina de Aseguramiento de la Calidad del Departamento de Salud de Washington:

Washington State Department of Health
Health Systems Quality Assurance
Complaint Intake
PO Box 47857
Olympia, WA 98504-7857
360-236-4700

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento se le informa lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga (pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **tenemos la obligación de tratarlo de manera justa.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual, o nacionalidad, debe llamar 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.

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que sus derechos no han sido respetados, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando:

- Puede **llamar a Servicio al cliente.**
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico.** Para obtener más información consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar a Servicio al cliente**.
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Para obtener más información consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare Rights & Protections* (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
 - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicio al cliente.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En este *Evidencia de cobertura* sabrá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígalos al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención.**
 - Para ayudarlo a obtener la mejor atención, cuénteles a sus médicos y otros profesionales de la salud sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.

- Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener respuestas que pueda comprender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
 - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.
 - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, debemos estar al tanto** para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

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

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas; también llamado quejas**.

Ambos procesos han sido autorizados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a utilizar y lo que debe hacer.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Usa palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece presentar una queja en lugar de interponer un reclamo, 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.

No obstante, puede resultarle útil, y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor precisión obtener la ayuda o información adecuadas para usted. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene un reclamo sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a reclamar. Por lo tanto, siempre debe dirigirse al servicio de atención al cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación se mencionan dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las direcciones web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

También puede ponerse en contacto con Medicare para obtener ayuda. Estas son las opciones de contacto con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar la página web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La guía que sigue le será útil.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios y/o medicamentos recetados de la Parte B) están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Vaya a la **Sección 10**, al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

Las decisiones y apelaciones de cobertura se refieren a problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, suministros, y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, solemos referirnos a los suministros médicos, los servicios y los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted usa el proceso de decisiones y apelaciones de cobertura para determinar asuntos tales como si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura, o con respecto al monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo deriva a un especialista médico que no pertenece a la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o que la Evidencia de cobertura deje claro que el servicio recomendado no está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos una atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, una solicitud de decisión de cobertura será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. La solicitud se desestimaré, por ejemplo, si la solicitud está incompleta, si alguien presenta la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se ha desestimado la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué tiene usted cubierto y cuánto pagamos nosotros. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias,

que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es tratada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, se la llama apelación de nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos adecuadamente todas las normas. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación de nivel 1 será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. La solicitud se desestimaré, por ejemplo, si la solicitud está incompleta, si alguien presenta la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de nivel 1, le enviaremos una notificación en la que explicaremos por qué se ha desestimado la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos una parte o la totalidad de su apelación de nivel 1 de atención médica, la apelación pasará automáticamente a ser una apelación de nivel 2 a cargo de una organización revisora independiente sin vínculo con nosotros.

- Usted no necesita hacer nada para iniciar una apelación de nivel 2. Las normas de Medicare exigen que elevemos automáticamente su apelación de atención médica al nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de nivel 1.
- Consulte la **sección 5.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 2.
- Para las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos total o parcialmente su apelación, deberá solicitar una apelación de nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se tratan en mayor detalle en la sección 6 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión tomada en la apelación de nivel 2, quizás pueda avanzar a otros niveles de apelación (en la sección 9 de este capítulo se explican los procesos de apelación de nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

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

- Puede **llamar a Servicio al cliente**.
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted**. Si su médico le ayuda con una apelación superior al Nivel 2, tendrá que ser designado como su representante. Llame a Servicio al cliente y pida el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en la página web de Medicare en

www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en premera.com/ma).

- En el caso de 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 se rechaza su apelación de Nivel 1, se la enviará automáticamente al Nivel 2.
- Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o el profesional que le receta puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, pariente, u otra persona sea su representante, llame a Servicio al cliente y pida el formulario *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en premera.com/ma). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días naturales después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene el derecho de contratar un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado o conseguir el nombre de un abogado del colegio de abogados local o de otro servicio de recomendación. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación?

Existen cuatro diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.

- **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”.
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto” (*se aplica solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame a Servicio al cliente. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el programa SHIP.

SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto de atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, le explicaremos en qué se diferencian las reglas de los medicamentos con receta de la Parte B de las reglas de los elementos y servicios médicos.

En esta sección indicamos lo que usted puede hacer si se encuentra en alguna de estas cinco situaciones:

1. No está recibiendo determinada atención médica que desea y cree que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicite que se tome una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no autorizará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite que se tome una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no la pagaremos. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió atención médica y pagó por esta, y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitarle que le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**

5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), debe leer las secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Paso a paso: cómo puede solicitar una decisión de cobertura

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura implica su atención médica, se denomina determinación de la organización .
Una decisión de cobertura rápida se denomina determinación acelerada .

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

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

- Solo puede solicitar cobertura para artículos y/o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos y/o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de los plazos estándares podría *causar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad de funcionamiento*.
- **Si su médico nos dice 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, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta con la siguiente información:
 - Explicación de que utilizaremos los plazos estándares.
 - Explicación de que si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
 - Explicación de que puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Pedir a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Empiece llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o demos cobertura a la atención médica que desea. Usted, o su médico, o su representante pueden hacer esto. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.

Paso 3: Estudiamos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar utilizamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días naturales después de recibir su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si solicita un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 hours** después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle **podemos tardar hasta 14 días más** si solicita un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si solicita un medicamento con receta de la Parte B.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. Responderemos a su reclamo tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar un reclamo es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre los reclamos).

En el caso de las decisión de cobertura rápida, usamos un plazo acelerado

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si solicita un artículo o servicio médico. Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo**, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días más**. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si solicita un medicamento con receta de la Parte B.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre los reclamos). Lo llamaremos en cuanto hayamos tomado una decisión.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito de por qué la rechazamos.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión presentando una apelación. Esto significa volver a pedir la cobertura de atención médica

que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura de atención médica se denomina una reconsideración del plan.
Una apelación rápida también se denomina reconsideración acelerada .

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

Una apelación estándar suele realizarse en un plazo de 30 días o 7 días para medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida suele hacerse en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de un tipo de atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico tendrá que decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos indica que su estado de salud requiere una apelación rápida, se la concederemos.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que se explican en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Pida a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, hágalo por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días naturales** desde la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para informarle la respuesta de la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, deberá explicar el motivo del retraso cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una causa justificada pueden ser una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información relativa a su decisión médica.** Usted y su médico pueden añadir más información para apoyar su apelación.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, examinamos cuidadosamente toda la información. Comprobamos si hemos seguido todas las normas cuando dijimos que no a su solicitud.

- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente poniéndonos en contacto con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos una respuesta antes si es necesario por su salud.
 - Sin embargo, si solicita tiempo adicional o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días naturales adicionales** si solicita un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la prórroga, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y remitiremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándares, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días naturales** después de recibir su apelación. Si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que no ha recibido, le daremos una respuesta en **un plazo de 7 días calendario** luego de haber recibido su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si es necesario por su afección médica.
 - Sin embargo, si solicita tiempo adicional o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días naturales adicionales** si solicita un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si solicita un medicamento con receta de la Parte B.
 - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. Cuando presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre los reclamos).
 - Si no le damos una respuesta en el plazo establecido (o al final de la prórroga), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de

revisión independiente la revisará. En la Sección 5.4 se explica el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de 30 días naturales si solicitó un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días naturales** si solicitó un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Términos legales
El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de revisión independiente . En ocasiones se denomina la IRE .

La **organización de revisión independiente** es una organización independiente que contrata **Medicare**. Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Se encarga de determinar si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso**.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá una apelación rápida en el Nivel 2

- En el caso de la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** de recibir su apelación.
- Sin embargo, si solicita un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede llevar hasta 14 días naturales más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar la decisión si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si usted tuvo apelación estándar en el Nivel 1, también se le concederá una apelación estándar en el Nivel 2

- En el caso de la apelación estándar, si solicita un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días naturales** de recibir su apelación. Si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de los 7 días naturales** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si solicita un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días naturales adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para decidir si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si esta organización acepta una parte o la totalidad de la solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica en un plazo de 72 horas o prestar el servicio en un plazo de 14 días naturales después de recibir la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándares. En el caso de las solicitudes aceleradas, tenemos un plazo de 72 horas desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B en un plazo de **72 horas** de recibir la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándares**. Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe autorizarse. (Esto se llama **mantener la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta con la siguiente información:
 - Explicando su decisión.
 - Notificándole el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple con un determinado mínimo. La notificación escrita que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el importe en dólares que debe cumplir para continuar el proceso de apelación.
 - Le indicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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

- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de cinco niveles de apelación). Si decide avanzar para presentar una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibirá después de la apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado litigante manejan la apelación de Nivel 3. En la Sección 9 de este capítulo, se explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?

En el Capítulo 7 se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación en la cual nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para utilizar su cobertura para la atención médica.

- **Si decimos que sí a su solicitud, puede suceder lo siguiente:** Si la atención médica tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo en un plazo de 60 días naturales después de recibir su solicitud. Si aún no ha pagado por la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Esto es lo que sucede si rechazamos su petición:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por la atención médica y los motivos de esta decisión.

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

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3. En los casos de apelaciones relativas a un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- tenemos que darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días naturales después de recibir su apelación. Si solicita que le reembolsemos 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 decide que tenemos que efectuar el pago, debemos enviárselo a usted o al proveedor de en un plazo de 30 días naturales. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2,

debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Si desea conocer los detalles de los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los capítulos 5 y 6. **En esta sección se tratan solamente los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D*. También utilizamos el término “Lista de medicamentos” en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si en la farmacia le dicen que su receta no puede surtirse tal como está escrita, le entregarán un aviso por escrito en el que se explica cómo ponerse en contacto con nosotros para pedir una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal
Una decisión inicial de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D se llama “determinación de cobertura” .

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección se explica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Pedir que se cubra un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Pida una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Pida una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar el pago de un importe inferior en costo compartido por un medicamento cubierto en un nivel superior costo compartido. **Pida una excepción. Sección 6.2**

- Pedir la autorización previa de un medicamento. **Solicite que se tome una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar un medicamento recetado que ya ha comprado. **Puede pedirnos un reembolso. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección se le indica cómo pedir las decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la “Lista de medicamentos” en ocasiones se denomina solicitar una excepción al formulario .
Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento en ocasiones se denomina solicitar una excepción al formulario .
Pedir que se pague un precio más bajo por un medicamento cubierto no preferido en ocasiones se denomina solicitar una excepción de nivel .

Si un medicamento no está cubierto de la manera que a usted le gustaría, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos la solicitud de una excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar los motivos médicos por los que necesita que se apruebe la excepción. Aquí están tres ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra “Lista de medicamentos”.** Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no figura en la “Lista de medicamentos”, deberá pagar el costo compartido que se aplique a los medicamentos en Nivel 4. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5 se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos”. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción en la cantidad de copago o coseguro que le pediremos que pague por el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los 6

niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.

- Si nuestra “Lista de medicamentos” tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda a los medicamentos alternativos.
- Si el medicamento que toma es un producto biológico, puede pedirnos que lo cubramos en un costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su enfermedad.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento en 5 Nivel especializado.
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la “Lista de medicamentos” incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costo compartido más bajo no funcionen igual para usted o es probable que provoquen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si autorizamos su solicitud de una excepción, nuestra autorización normalmente es válida hasta el final del año del plan. Será válido mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión presentando una apelación.

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

Término legal
Una decisión de cobertura rápida se denomina determinación de cobertura acelerada .

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

Las **Decisiones de cobertura estándar** se toman en un plazo de **72 horas** después de recibir la declaración de su médico. Las **Decisiones rápidas de cobertura** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir estos dos requisitos:

- Debe solicitar un medicamento que aún no haya recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para un reembolso de un medicamento que ya ha comprado).
- El uso de los plazos estándares podría causar graves daños a su salud o perjudicar su capacidad de funcionamiento.
- **Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos indica que su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o de una persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta con las siguientes características:
 - Explicación de que utilizaremos los plazos estándares.
 - Explicación de que si su médico u otra persona autorizada a dar recetas solicita la decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
 - Información de cómo puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su reclamo en un plazo de 24 horas desde su recepción.

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestra página web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario modelo de *solicitud de determinación de cobertura de CMS*, el cual disponible en nuestro sitio web. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique la reclamación denegada que está apelando.

Puede hacerlo usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. En la Sección 4 de este capítulo se explica cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de apoyo**, que son los motivos médicos para la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas puede enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento enviando la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: Estudiamos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibir su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico. Le daremos una respuesta antes si es necesario por su salud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que la apoya.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explique el motivo de nuestro rechazo. También le indicaremos cómo puede apelar.

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

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico. Le daremos una respuesta antes si es necesario por su salud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos **proporcionarle la cobertura** que hemos acordado **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración de apoyo del médico.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos el motivo del rechazo. También le indicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días naturales** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días naturales después de recibir su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará el motivo del rechazo. También le indicaremos cómo puede apelar.

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

- Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura del medicamento que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina redeterminación del plan .
Una apelación rápida también se denomina redeterminación acelerada .

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

Una apelación estándar suele realizarse en un plazo de 7 días. Un apelación rápida se hace generalmente en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que hemos tomado sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otra persona autorizada a dar recetas medicamentos tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que se explican en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe ponerse en contacto con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si se requiere una respuesta rápida por su salud, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para las apelaciones estándares, presente una solicitud por escrito.** En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Para las apelaciones rápidas presente la apelación por escrito o llámenos al 844-449-4723.** En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el *formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de CMS*, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe hacer su solicitud de apelación en un plazo de 60 días naturales** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, deberá explicar el motivo del retraso cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una causa justificada pueden ser una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden añadir más información para apoyar su apelación.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras revisamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, con su médico o con otra persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas de recibir su apelación**. Le daremos una respuesta antes si es necesario por su salud.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 72 horas de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos el motivo del rechazo y cómo puede apelar.

Plazos para una apelación estándar por un medicamento que aún no ha recibido

- Para una apelación estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días naturales** de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 7 días naturales, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos proporcionarle la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero no más de **7 días naturales** después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos el motivo del rechazo y cómo puede apelar.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días naturales** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, estamos obligados a efectuar el pago en un plazo de **30 días naturales** desde que recibimos la solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito de por qué la rechazamos. También le explicaremos cómo apelar nuestra decisión.

Paso 4: si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal
El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de Revisión Independiente . En ocasiones se denomina la IRE .

La **organización de revisión independiente** es una organización independiente que contrata **Medicare**. Esta organización no está relacionada con el plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si se debe cambiar. Medicare supervisa el trabajo.

Paso 1: Usted (o el representante, el médico u otro prescriptor) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión del caso.

- Si rechazamos su apelación del Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán el responsable encargado de presentar esta apelación de Nivel 2, los plazos que deberá respetar y el modo de comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos la revisión en el plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable en cuanto a la determinación de **riesgo** según el programa de administración de medicamentos, remitiremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Enviaremos la información acerca de la apelación ante esta organización. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

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

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

Plazos para la apelación rápida

- Si su salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización acepta darle una apelación rápida, debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** luego de recibir su solicitud de apelación

Plazos para la apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** luego de recibir su apelación si es para un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le devolvamos el dinero de un medicamento que ya ha comprado, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** luego de recibir su solicitud.

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

Para las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente aprueba parte o todo lo que ha solicitado**, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** luego de recibir la decisión de la organización de revisión.

Para las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de la solicitud de cobertura**, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** luego de recibir la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** luego de recibir la decisión de la organización de revisión.

¿Qué ocurre si la organización revisora rechaza la apelación?

Si esta organización rechaza **una parte o la totalidad de** la apelación, significa que coincide con la decisión de no aprobar la solicitud (o parte de ella). (Esto se denomina **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando la decisión.

- Le notifica el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos solicitada es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 será definitiva.
- Le indicamos el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación luego del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles del modo en que debe hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibe luego de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un árbitro. En la Sección 9 de este capítulo, se explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se decida su fecha del alta, su médico o el personal del hospital le informarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

A los dos días de ingresar en el hospital, recibirá una notificación por escrito denominada *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas bajo cobertura de Medicare reciben una copia de esta notificación. Si no recibe la notificación de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítesela a cualquier empleado del hospital. En caso de necesitar ayuda, comuníquese con Servicio al cliente o al

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. Le informa:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y luego de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber acerca de estos servicios, el responsable que los pagará y el lugar donde puede obtenerlos.
- El derecho a participar en cualquier decisión sobre la hospitalización.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de la atención hospitalaria.
- El derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si considera que el alta es demasiado pronto. Se trata de un modo formal y legal de solicitar un retraso en la fecha de alta para que la atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
- Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. Guarde la copia de la notificación para tener a mano la información sobre el modo de presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención médica) en caso de que la necesite.

- Si firma la notificación más de dos días antes de la fecha del alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
- Para consultar una copia de esta notificación por adelantado, puede comunicarse con Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver la notificación en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

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

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, es importante que entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**

- **Cumpla con los plazos.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** En caso de preguntas o de necesitar ayuda en cualquier momento, comuníquese con Servicio al cliente. O comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, un programa gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Comprueba si la fecha de alta prevista es médicamente adecuada para usted.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga el gobierno federal para comprobar y ayudar a mejorar la calidad de la atención a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata del alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le explica el modo de comunicarse con esta organización. O encuentre el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes de* abandonar el hospital y **no más tarde de la medianoche del día del alta**.
 - **Si cumple este plazo**, podrá permanecer en el hospital *luego de* la fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
 - **Si no cumple este plazo**, y decide quedarse en el hospital luego de la fecha prevista del alta, *es posible que tenga que abonar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba luego de la fecha prevista del alta.
- Si no cumple el plazo para ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y aún así desea apelar, deberá hacerlo directamente ante nuestro plan. Para más detalles sobre este otro modo de presentar la apelación, consulte en la Sección 7.4.

Una vez que solicite una revisión inmediata del alta hospitalaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se pondrá en contacto con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente a que nos pongamos en contacto con usted, le entregaremos una **notificación detallada de alta**. Esta notificación indica la fecha de alta prevista y explica en detalle las razones por las

que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que sea dado de alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **aviso detallado de alta** comunicándose con Servicio al cliente 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 también puede ver un ejemplo de la notificación en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) el motivo por el que considera que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también examinarán su información médica, consultarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos proporcionado.
- Antes del mediodía del día siguiente al que los revisores nos informaron de la apelación, recibirá una notificación por escrito de nuestra parte en la que se indica la fecha prevista de alta. En esta notificación también se explican detalladamente las razones por las que el médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: en un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión *acepta*, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión *rechaza*, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día posterior** al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba

después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad ha dicho *no* a su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del 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 la fecha del alta del hospital

En una apelación de Nivel 2, le solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a revisar la decisión que se tomó en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza la apelación de Nivel 2, deberá abonar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha de alta prevista.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de nuevo y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** luego de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad revisarán de nuevo con cuidado toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario de haber recibido la solicitud de una apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre la apelación y se la informarán.

Si la organización de revisión acepta:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los gastos de atención médica que haya recibido en el hospital desde el mediodía del día siguiente a la fecha en la que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar proporcionándole cobertura de atención hospitalaria por el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Debe continuar abonando su parte de los gastos y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión no acepta:

- Significa que coincide con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1. Esto se denomina confirmar la decisión.
- En la notificación que reciba se le explicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la Organización de revisión independiente no acepta, deberá elegir si desea seguir apelando y pasar al Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de cinco niveles de apelación). Si decide avanzar para presentar una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles del modo de hacerlo en la notificación escrita que recibirá luego de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un árbitro. En la Sección 9 de este capítulo, se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital?

Término legal
Una revisión rápida (o apelación rápida) también se denomina apelación acelerada .

Puede presentar una apelación ante nosotros en lugar de

Como se ha explicado anteriormente, debe actuar con rapidez para iniciar la apelación de Nivel 1 de su fecha de alta hospitalaria. Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, existe otro modo de presentar su apelación.

Si utiliza este otro modo de presentar la apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

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

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y solicite una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta en los plazos rápidos en lugar de los estándares. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobaremos si

la decisión sobre el momento en que debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.

Paso 3: Le comunicamos la decisión en un plazo de 72 horas luego de que solicite una revisión rápida.

- **Si aprobamos su apelación**, significa que coincidimos con usted en que debe continuar en el hospital luego de la fecha de alta. Continuaremos proporcionándole los servicios de hospitalización que se encuentren cubiertos mientras sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención médica que ha recibido desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, significa que su fecha prevista del alta era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

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

Paso a paso: Nivel 2 Alternativo Proceso de apelación

Término legal
El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de Revisión Independiente . En ocasiones se denomina la IRE .

La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. Esta organización no se relaciona con el plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si se debe cambiar. Medicare supervisa el trabajo.

Paso 1: Enviaremos el caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con la apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, entonces debemos reembolsarle o devolverle la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria desde la fecha prevista del alta. Debemos seguir brindando cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, éstas podrían limitar la cantidad que le reembolsáramos o el tiempo que seguiríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que coinciden en que su fecha de alta hospitalaria prevista era médicamente apropiada.
 - La notificación escrita que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el modo de iniciar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, del que se encarga un juez de derecho administrativo o un árbitro.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Existen otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones luego del Nivel 2, (lo que representa un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan la apelación de Nivel 2, puede decidir aceptar la decisión o pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- La Sección 9 de este capítulo explica más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)*

Al recibir **servicios de atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)**, tiene derecho a continuar recibiendo los servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar la enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención médica, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando se cancele su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por su atención.*

Si cree que la cobertura de su atención se cancela demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Término Legal

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

- 1. Recibe un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso te dice:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación acelerada para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
- 2. Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso muestra *solo* que ha recibido el información sobre cuándo terminará su cobertura. **Firmarlo no significa que está de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención médica durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, es importante que entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** En caso de preguntas o de necesitar ayuda en cualquier momento, comuníquese con Servicio al cliente. O comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, un programa gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

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

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que les paga el gobierno federal para comprobar y ayudar a mejorar la calidad de la atención a las personas con Medicare. Esto incluye la revisión de las decisiones del plan sobre el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una *apelación rápida*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- En la notificación escrita que ha recibido (*Notificación de no cobertura de Medicare*) se indica el modo en que puede ponerse en contacto con esta organización. O encuentre el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Debe ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia** de la *notificación de no cobertura de Medicare*.
- En caso de que se venciera el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, y aún deseara presentar la apelación, debe hacerlo directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
Explicación detallada de la no cobertura Notificación que proporciona detalles sobre los motivos de la finalización de la cobertura

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted, o a su representante, el motivo por el que consideran que debería continuar la cobertura de los servicios. No debe preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización revisora también examinará la información médica, consultará con el médico y revisará la información que el plan le ha proporcionado.
- Al final del día en que los revisores nos comuniquen su apelación, recibirá la **explicación detallada de no cobertura**, en la que se indican los motivos para finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: en el plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan; los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en los servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan la apelación?

- Si los revisores *rechazan* la apelación, **la cobertura finalizará en la fecha que le informamos.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de reposo especializado o servicios en un centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *luego* de la fecha en la que finaliza su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación del Nivel 1 – y usted decide seguir recibiendo la atención médica después de que haya finalizado la cobertura – puede presentar otra apelación de Nivel 2.

Sección 8.4 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

En una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que vuelva a revisar la decisión que se tomó en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza la apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de reposo especializado, o de los servicios en un centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *luego* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Vuelva a comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y pida otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días** después de que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* la apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención médica después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión la acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención médica que ha recibido desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir cubriendo** la atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si decide avanzar para presentar una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibirá después de la apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado adjudicador manejan la apelación de Nivel 3. En la Sección 9 de este capítulo, se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Presentación de una apelación *alternativa* de Nivel 1

Término legal
Una revisión rápida (o apelación rápida) también se conoce como apelación acelerada .

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y solicite una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta en los plazos rápidos en lugar de los estándares. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.

Paso 2: hacemos una revisión rápida de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para cancelar la cobertura del plan para los servicios que usted estaba recibiendo.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de pedir una revisión rápida.

- **Si aceptamos la apelación,** significa que hemos aceptado que usted sigue necesitando los servicios, y le seguiremos proporcionando los servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención médica que ha recibido desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. (Debe abonar su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos la apelación,** la cobertura finalizará en la fecha que establecimos y no abonaremos ninguna parte de los costos luego de esta fecha.
- Si continuó recibiendo atención a domicilio, en un centro de reposo especializado o en un centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *luego* de la fecha en la que establecimos que finalizaría la cobertura, deberá **abonar el costo completo** de esta atención.

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

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

Paso a paso: Proceso de apelación alternativa de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar la apelación rápida. Esta organización determina si se debe cambiar la decisión que tomamos. **La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos automáticamente el caso a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para la apelación de Nivel 2 ante la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar la primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con la apelación.
- **Si esta organización *acepta* la apelación**, entonces debemos reintegrarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención médica que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría la cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención médica mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar la cantidad que le reembolsaremos o la cantidad de tiempo que continuaremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* la apelación**, significa que coinciden con la decisión que tomó el plan en la primera apelación y que no la cambiarán.
 - En la notificación que reciba de la organización de revisión independiente se le explicará por escrito lo que puede hacer si desea avanzar a un Nivel 3.

Paso 3: En caso de que la organización de revisión independiente rechace la apelación, puede elegir si desea continuar con ella.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si decide avanzar para presentar una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles del modo de hacerlo en la notificación escrita que recibirá luego de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un árbitro. En la Sección 9 de este capítulo, se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

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

Es posible que esta sección sea adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares de un elemento o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba por la apelación de Nivel 2 explicará lo que debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos del mismo modo. A continuación se menciona al responsable de manejar la revisión de la apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo o un árbitro que trabaja para el gobierno federal revisará la apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el árbitro acepta la apelación, el proceso de apelaciones *puede o no concluir*.** A diferencia de una decisión en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que le sea favorable. Si decidimos apelar se avanzará a una apelación de Nivel 4
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario luego de recibida la decisión del juez administrativo o del árbitro.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en disputa.
- **Si el juez administrativo o el árbitro rechaza su apelación, el proceso de apelación *puede o no concluir*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza la apelación, el proceso de apelación concluye.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará lo que debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El consejo de apelaciones de Medicare (Consejo) revisará la apelación y le dará una respuesta. El consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si el consejo acepta o rechaza la solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que le sea favorable. Decidiremos si apelar esta decisión a Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica en el plazo de 60 días calendario luego de recibida la decisión del consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo notificaremos por escrito.

- **Si la respuesta es negativa o si el consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede o no* concluir.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza la apelación, el proceso de apelaciones ha finalizado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, podría continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el consejo de apelaciones rechaza la apelación, en la notificación que reciba se le indicará si las normas le permiten avanzar a una apelación de Nivel 5 y el modo de continuar con la apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **tribunal de distrito federal** revisará la apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *aceptar* o *no* la solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No existen más niveles de apelación luego del tribunal de distrito federal.

Sección 9.2 Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones para Solicitudes de medicamentos de la Parte D

Es posible que esta sección le sea adecuada si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado llega a un monto determinado de dólares, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará lo que debe hacer y la persona con quien se debe comunicar para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos del mismo modo. A continuación se menciona al responsable de manejar la revisión de la apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo o un árbitro que trabaja para el gobierno federal revisará la apelación y le dará una respuesta.

- **Si se acepta la apelación, el proceso de apelaciones habrá finalizado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el juez administrativo o abogado adjudicador **dentro de 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar en 30 días calendario** de haber recibido la decisión.
- **Si su solicitud es rechazada, es posible que el proceso de apelación *se termine o siga*.**
 - Si usted decide aceptar la decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelación termina.

- Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará lo que debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El **consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará la apelación y le dará una respuesta. El consejo trabaja para el gobierno federal.

- **Si aceptan la apelación, el proceso de apelación ha finalizado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago a no más de 30 días calendario** de haber recibido la decisión.
- **Si se rechaza la apelación, el proceso *de apelación puede o no concluir.***
 - Si decide aceptar la decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelación ha finalizado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el consejo rechaza la apelación o la solicitud para revisar la apelación, la notificación que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Además se le indicará el responsable con quien comunicarse y lo que debe hacer a continuación si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **tribunal de distrito federal** revisará la apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *aceptar* o *no* la solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No existen más niveles de apelación luego del tribunal de distrito federal.

PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**

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

El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al

cliente que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo de
Calidad de la atención médica	• ¿No se encuentra satisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Considera que alguien no respetó el derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿No se encuentra satisfecho con el Servicio al cliente? • ¿Siente que lo alientan a dejar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de salud? ¿O por el Servicio al cliente u otro personal del plan? ◦ Por ejemplo, esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera o de examen o para obtener una receta.
Limpieza	• ¿No se encuentra satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que recibe de nosotros	• ¿No le hemos enviado una notificación obligatoria? • ¿La información escrita es difícil de entender?
Puntualidad (Todos estos tipos de quejas están relacionados con la puntualidad de las acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	Si ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y considera que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. A continuación se presentan algunos ejemplos: • Nos ha solicitado una decisión rápida de cobertura o una apelación rápida, y la hemos rechazado; puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo los plazos de las decisiones de cobertura o de las apelaciones; puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo los plazos para cubrir o reembolsar determinados artículos o servicios médicos que fueron aprobados; puede presentar una queja.

Queja	Ejemplo de
	• Considera que no cumplimos los plazos establecidos para remitir su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales
• Una queja también se denomina reclamación. • Presentar una queja también se denomina presentar una reclamación. • Utilizar el proceso de quejas también se denomina utilizar el proceso de presentación de reclamaciones. • Una queja rápida también se denomina reclamación acelerada.

Sección 10.3 Paso a paso: presentación de una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicio al cliente.** Si debe hacer algo más, Servicio al cliente se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.

Si tiene una queja, usted o su representante designado puede llamar al número de teléfono que se indica más arriba. También puede hacer su denuncia por escrito ante el Departamento de quejas y apelaciones a la siguiente dirección:

Primera Blue Cross Medicare Advantage Plans
ATTN: Appeals and Grievances Department
PO Box 21481
Eagan, MN 55121

- Si quiere hacer una denuncia relacionada con el artículo 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, envíe su denuncia por escrito a:

Primera Blue Cross Medicare Advantage Plans
ATTN: Civil Rights Coordinator - Complaints and Grievances
PO Box 21481
Eagan, MN 55121

- **Queja:** Debemos atender su denuncia tan pronto como su estado de salud lo requiera, pero a más tardar 30 días después de la fecha de recepción de la denuncia verbal o escrita. No

obstante, podríamos tardar hasta 14 días naturales adicionales si nos damos cuenta de que falta alguna información que podría beneficiarle (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. En ciertos casos, tiene derecho de pedir una denuncia rápida; lo que nos permitirá responder a su denuncia dentro de las 24 horas. Hay solamente dos motivos por los que admitiremos una solicitud de denuncia rápida.

1. Si solicitó a Primera Blue Cross que le otorgara una decisión rápida sobre un servicio que usted aún no ha recibido y al cual nos hemos negado.
 2. Si no está de acuerdo con nuestra solicitud de una prórroga de 14 días para responder a su denuncia, la cobertura estándar, la determinación de organización o la apelación previa al servicio.
- El **plazo** para presentar una queja es **60 días calendario** a partir del momento en que tuvo el problema sobre el que quiere reclamar.

Paso 2: analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos demorar más días, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si presenta una queja debido a que hemos denegado su solicitud de decisión de cobertura rápida o de apelación rápida, le brindaremos automáticamente una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.
- **Si no coincidimos** con una parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad del problema sobre el que se queja, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le demos.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

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

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 posee información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja tanto a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad como a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en [**www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**](https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). También puede llamar 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

*Cancelación de su
membresía en el plan*

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

La finalización de su membresía de Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Puede dejar nuestro plan porque decide que *quiere* dejarlo. En las secciones 2 y 3 se brinda información sobre cómo finalizar su membresía de manera voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

Si dejará nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindándole atención médica y medicamentos con receta, y usted seguirá pagando su parte del costo hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede finalizar su membresía de nuestro plan durante el **período de inscripción anual** (también conocido como el **período anual de inscripción abierta**). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y de medicamentos y decida la cobertura del próximo año.

- **El período de inscripción anual** es desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta;
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare;
 - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable de medicamentos con receta durante un período de 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, usted puede:
 - cambiarse a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si usted elige pasarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan de Medicare Advantage diferente o de que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso. 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 haya mudado.
- Si tiene Washington Apple Health (Medicaid).
- Si es elegible para la “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta.
- Si violamos nuestro contrato con usted.
- Si usted recibe atención médica en un centro, tal como un centro de convalecencia o atención médica a largo plazo (LTC) en un hospital.
- Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All inclusive Care for the Elderly, PACE).

- **Nota:** Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiarse de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según cada caso.

Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Tu puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- *O bien*, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura “acreditable” para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan.

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, salvo que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo cancelar su membresía, puede:

- **Llamar a Servicio al cliente.**
- Encontrar la información en el manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024).
- Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare.	- Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. - Su inscripción en Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.
Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare.	- Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. - Su inscripción en Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.
Original Medicare <i>sin</i> un plan separado de medicamentos con receta Medicare.	Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros. - También puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. - Su inscripción en Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) se cancelará cuando comience su cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y su nueva cobertura de Medicare comienza la cobertura, usted debe seguir recibiendo sus artículos médicos y servicios y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- Siga usando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- Continúe utilizando nuestras farmacias de la red o pedido por correo obtener sus medicamentos con receta.**

- Si está hospitalizado el día que se cancela su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

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

Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llamar a Servicio al cliente para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía llamar a Servicio al cliente.

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por ninguna razón relacionada a su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este *Evidencia de cobertura* documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

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

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicio al cliente. Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicio al cliente puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO), como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

SECCIÓN 4 Aviso sobre circunstancias inusuales

Las siguientes son ejemplos de circunstancias inusuales: destrucción completa o parcial de las instalaciones, guerra, disturbios, insurrección civil, disputas laborales, que estén fuera del control de Primera Blue Cross, grandes desastres, discapacidad de parte importante del personal del hospital, epidemias o causas similares. Si debido a circunstancias excepcionales, la entrega o la prestación de los servicios y otros beneficios cubiertos en virtud de este contrato se retrasa o es poco factible, Primera Blue Cross debe, dentro de la limitación de las instalaciones y el personal disponibles, hacer todo lo que esté a su alcance para proporcionar los servicios y demás beneficios cubiertos en virtud de este contrato. Con respecto a circunstancias inusuales ni Primera Blue Cross, ni los hospitales, ni ningún médico tendrán responsabilidad alguna por una obligación a causa de la demora o de dicha imposibilidad de prestar los servicios o demás beneficios.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Apelación – una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio – área geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un determinado plan de salud. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención de emergencia – servicios cubiertos que: 1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

Autorización previa – es la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4 se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

Auxiliar de atención de la salud a domicilio – una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

“Ayuda adicional” – un programa de Medicare o estatal que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Biosimilar – Medicamento de venta con receta que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como el producto biológico original; sin embargo, los biosimilares suelen requerir una nueva receta para sustituir al producto biológico original. Los biosimilares intercambiables han cumplido requisitos adicionales que les permiten sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, sujeto esto a las leyes estatales.

Cancelar o cancelación de la inscripción – el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) – servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de los atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) – un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio – un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) – es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta – cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare) – seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago – un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo del servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es, generalmente, un monto establecido (por ejemplo \$10) más que un porcentaje.

Coseguro – Un monto que se le pedirá que pague, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20 %), como su parte de los costos por los medicamentos con receta y servicios luego de que pague cualquier deducible.

Costo compartido diario – es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de \$1 por día.

Costo de suministro – un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que le insume al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

Costos compartido – el costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) todo monto del deducible que pueda imponer un plan antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto de copago fijo que un plan exija al recibir servicios o medicamentos específicos; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exija al recibir servicios específicos o medicamentos específicos.

Costos que paga de su bolsillo – consulte la definición de costo compartido. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que paga de su bolsillo un miembro.

Cuidado asistencial – el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial es brindado por personas que no tienen habilidades ni preparación profesional e incluye actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como por ejemplo, usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible – es el monto que debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura – una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Determinación de la organización – una decisión que toma nuestro plan sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Días de reserva de por vida – En Original Medicare, son días adicionales que Medicare pagará cuando esté en un hospital por más de 90 días. Tiene un total de 60 días de reserva que pueden utilizarse de por vida. Por cada día de reserva de por vida, Medicare paga todos los costos cubiertos excepto el coseguro diario.

Dispositivos ortésicos y protésicos – dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Emergencia – una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que usted pierda la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño por nacer), la pérdida de un miembro o de la función de este, o la pérdida de una función corporal o su deterioro grave. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) – ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión

intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Etapas de cobertura catastrófica – es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) ha gastado \$8,000 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Etapas de cobertura inicial – esta es la etapa antes de que sus costos totales por sus medicamentos, incluidos los montos que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre para el año alcancen los \$5,030.

Evidencia de cobertura (EOC) y Divulgación de información – en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción – un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el plan lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Facturación de saldos – cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO), solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** o cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red – una farmacia contratada por el plan donde los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red – farmacia que no tiene un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Herramienta de beneficio en tiempo real – una aplicación de computadora o portal en la que las personas inscritas pueden buscar información de beneficios y formularios completos, precisos, oportunos, clínicamente apropiados, específicos de las personas inscritas. Esto incluye montos de costo compartido, medicamentos del formulario alternativos que pueden usarse para la misma afección médica que un medicamento determinado, y restricciones de cobertura

(autorización previa, tratamiento progresivo, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hospicio – un beneficio que ofrece un tratamiento especial a un miembro en quien se ha certificado médicamente una enfermedad terminal, es decir, que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización – es cuando usted ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.

Indicación médicamente aceptada – un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI) – es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Límite de cobertura inicial – el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad – una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”) – una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Los servicios de urgencia – son servicios cubiertos que no son de emergencia, prestados cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente o cuando el miembro está fuera del área de servicio. Por ejemplo, usted necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios.

Medicaid (o asistencia médica) – programa conjunto estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Médicamente necesario – significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Medicamento de marca – medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos

de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Medicamento genérico – un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca pero, por lo general, es más económico.

Medicamentos cubiertos – es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D – Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso ha excluido ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Medicare – el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen Enfermedad Renal Terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan) – una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) – si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo de desembolso personal – La cantidad máxima que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la 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, los beneficios suplementarios de rutina y los medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de desembolso.

Multa por inscripción tardía de la Parte D – monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para

medicamentos con receta de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después que sea elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

Nivel de costo compartido – cada medicamento de la Lista de medicamentos cubiertos está en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) – un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (Medicare tradicional o plan Medicare de pago por servicio) – el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Parte C – consulte: Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D – es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de beneficios: la forma en que tanto nuestro plan como Original Medicare miden el uso que usted hace de los servicios de hospitales y centros de atención de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención hospitalaria para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios. Para estadías en centros de atención de enfermería especializada, el Plan cubre hasta 100 días en cada período de beneficios. Para estadías en el hospital, no hay límite en el número de días cubiertos por el plan en cada período de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage – el período de tiempo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta separado de Medicare en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage es también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Período de inscripción anual – el período que va del 15 de octubre al 7 de diciembre todos los años, en el que los miembros pueden modificar sus planes de salud o de medicamentos, o cambiarse a Original Medicare.

Período de inscripción especial – un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial son: si se muda del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de cuidados, o si rompemos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial – el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de salud de Medicare – un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, planes de necesidades especiales, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan Medicare Advantage (MA) – a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una HMO, ii) una PPO, iii) un Plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman planes **Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Plan PACE – un plan Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTSS) para personas vulnerables de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de convalecencia) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare) – el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los *períodos sin cobertura* de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima – el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto biológico – Medicamento de venta con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse exactamente, por lo cual las formas alternativas se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare – un programa que les brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período de interrupción en la cobertura y que aún no estén recibiendo “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Proveedor de atención primaria de su (Primary Care Physician/Provider, PCP) – el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red – **proveedor** es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica.

Proveedores de la red tienen un contrato con nuestro plan y aceptan nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los beneficiarios nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red – un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Queja – el nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas *solo* se aplica para determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye las quejas si su plan no respeta los plazos en el proceso de apelación.

Reclamo – un tipo de queja que se presenta sobre nuestro plan, los proveedores o las farmacias, incluidas las quejas acerca de la calidad de su atención médica. Los reclamos no están relacionados con disputas de cobertura ni de pago.

Servicio al cliente – un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía y beneficios, reclamos y apelaciones.

Servicios cubiertos – es el término que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare – Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y

la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como los beneficios dentales, para la visión o la audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios de rehabilitación – estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS) – consulte: “Ayuda adicional”.

Tratamiento escalonado – herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Servicios de atención al cliente de Medicare Advantage (HMO) para 2024

Llame al **888-850-8526 (TTY/TDD: 711).**

Del 1.º de octubre al 31 de marzo: de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (Hora del Pacífico). Del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (Hora del Pacífico).

Las llamadas a este número son gratuitas. El Servicio de Atención al cliente también cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.

Envíe un fax al **800-390-9656**

Escriba a

Premiera Blue Cross Medicare Advantage Plans
PO Box 211151, Eagan, MN 55121

Sitio web **premera.com/ma**

Línea de enfermería las 24 horas al día **855-339-8123**

Gratuita y confidencial.

Asesoramiento Estatal en Beneficios de Seguros de Salud (SHIP de Washington)

El Asesoramiento Estatal en Beneficios de Seguros de Salud es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Llame al **800-562-6900 (TTY: 360-586-0241)**

El número de TTY requiere un aparato telefónico especial y es solo para personas con dificultades para escuchar o hablar.

Escriba a

SHIBA, Office of the Insurance Commissioner,
PO Box 40256, Olympia, WA 98504-0256

Sitio web **insurance.wa.gov/shiba**

Declaración sobre divulgación

de la PRA Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que demuestre un número de control de OMB válido. El número de control de OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05 Baltimore, Maryland 21244-1850.

Aviso de no discriminación

Premera Blue Cross Medicare Advantage (Premera) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables, y no discrimina según la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad, el sexo, la identidad de género o la orientación sexual. Premera no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

Premera:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera eficiente, por ejemplo:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si considera que Premera no le ha proporcionado estos servicios o se sintió discriminado de algún modo por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal a la siguiente dirección:

Civil Rights Coordinator – Complaints and Appeals
Premera Blue Cross Medicare Advantage Plans
PO Box 21481, Eagan, MN 55121
Teléfono: 888-850-8526, Fax: 800-889-1076, TTY: 711
Correo electrónico: AppealsDepartmentInquiries@Premera.com

Puede presentar una queja formal en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante La Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal o teléfono a la dirección y al número de teléfono indicados a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Ave SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Premera Blue Cross es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare.
La inscripción Premera Blue Cross depende de la renovación del contrato.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelpfen. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがありますごさい。通訳をご用命になるには、1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711) にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。