2027
Evidencia de cobertura



HMO

Plan de Medicare Advantage

Condado de Pima

Blue Best Life Select (HMO) (H0302-011)

BlueCross BlueShield Arizona

Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

1 de enero – 31 de diciembre, 2027

Evidencia de cobertura para 2027:

Sus beneficios y servicios médicos de Medicare y cobertura de medicamentos como miembro de Blue Best Life Select (HMO) – Condado de Pima

Este documento da le da información de su cobertura de médica y de medicamentos con de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

En este documento se explican sus beneficios y derechos. Use este documento para comprender:

- Su plan premium y costos compartidos
- Sus beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo comunicarse con nosotros
- Otras protecciones que exige la ley de Medicare.

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicios para Miembros al 480-937-0409 (en Arizona) o gratis al 1-800-446-8331 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre y los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. La llamada es gratuita.

Este plan, Blue Best Life Select, lo ofrece Blue Cross® Blue Shield® of Arizona. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Blue Cross Blue Shield of Arizona (AZ Blue). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Blue Best Life Select.

Este documento está disponible gratis en español. Esta información está disponible electrónicamente o en letra grande.

Los beneficios, la prima, el deducible o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

Nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario), red de farmacias o red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarlo con al menos 30 días de antelación.

Y0137_M50330PY27_C

Aprobación de OMB 0938-1051 (Vence: 31 Julio de 2029)

Índice

CAPÍTULO 1: Información inicial para el miembro.....6

SECCIÓN 1 Usted es miembro de Blue Best Life Select 6

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 7

SECCIÓN 3 Materiales importantes de la membresía 8

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes 10

SECCIÓN 5 Más información sobre la prima mensual de su plan 15

SECCIÓN 6 Mantener actualizado nuestro registro de membresía del plan 18

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 19

CAPÍTULO 2: Teléfonos y recursos 21

SECCIÓN 1 Contactos de Blue Best Life Select 21

SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare 25

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia con el seguro médico (SHIP) 27

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (QIO) 28

SECCIÓN 5 Seguro Social 29

SECCIÓN 6 Medicaid 30

SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos con receta 31

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB).....33

SECCIÓN 9 Si tiene un seguro de grupo u otro seguro médico de un empleador ...34

CAPÍTULO 3: Usar nuestro plan para sus servicios médicos.....35

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 35

SECCIÓN 2 Usar proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica 37

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en una emergencia, un desastre o una necesidad urgente de atención 41

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos? 44

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 45

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud 47

SECCIÓN 7 Normas para ser propietario del equipo médico duradero 48

CAPÍTULO 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) 50

SECCIÓN 1 Explicación de sus gastos de bolsillo por los servicios cubiertos 50

SECCIÓN 2 La Cuadro de beneficios médicos muestra sus beneficios y gastos médicos 52

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones) 113

CAPÍTULO 5: Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos de la Parte D 126

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan 126

SECCIÓN 2 Cómo surtir su receta en una farmacia de la red o por medio del servicio de pedidos por correo de nuestro plan 127

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan 130

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura 132

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría 134

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año 137

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos 139

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta 140

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 141

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de los medicamentos y manejo de medicamentos.....143

CAPÍTULO 6: Lo que paga por los medicamentos de la Parte D 146

SECCIÓN 1 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D 146

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para Blue Best Life Select miembros 148

SECCIÓN 3 Su *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* explica en qué etapa de pago está 149

SECCIÓN 4 La etapa del deducible 151

SECCIÓN 5 La etapa de cobertura inicial 151

SECCIÓN 6 La etapa de cobertura catastrófica.....156

SECCIÓN 7 Lo que paga por las vacunas de la Parte D 157

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos 160

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos.....160

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el pago o que paguemos una factura que usted recibió.....163

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos sí o no 163

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 165

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales165

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.....178

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....181

SECCIÓN 1 Lo que debe hacer si tiene un problema o preocupación 181

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada 181

SECCIÓN 3 Qué proceso usar para su problema 182

SECCIÓN 4 Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones 182

SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....186

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 194

SECCIÓN 7 Cómo pedirnos que cubramos una estancia en el hospital como paciente hospitalizado más larga si cree que le están dando de alta demasiado pronto 205

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted cree que su cobertura terminará muy pronto 210

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5 214

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras preocupaciones 217

CAPÍTULO 10: Cómo cancelar su membresía en nuestro plan 221

SECCIÓN 1 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan.....221

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 221

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan.....224

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, deberá seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios médicos y medicamentos por medio de nuestro plan 225

SECCIÓN 5 Blue Best Life Select debe cancelar nuestra membresía del plan en ciertas situaciones 225

CAPÍTULO 11: Avisos legales 227

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable 227

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación 227

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 228

SECCIÓN 4 Declaración de revelación 228

CAPÍTULO 12: *Definiciones*.....229

CAPÍTULO 1: Información inicial para el miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de Blue Best Life Select

Sección 1.1 Está inscrito en Blue Best Life Select, que es una HMO de Medicare

Está cubierto por Medicare y eligió obtener su cobertura médica y de medicamentos de Medicare mediante nuestro plan, Blue Best Life Select. Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Pero los costos compartidos y el acceso a los proveedores en este plan son diferentes a los de Medicare Original.

Blue Best Life Select es un plan HMO Medicare Advantage (HMO significa Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

Sección 1.2 Información legal de la Evidencia de cobertura

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Blue Best Life Select cubre su atención médica. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario) y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Esos avisos se llaman a veces *anexos* o *enmiendas*.

El contrato está vigente durante los meses en los que usted está inscrito en Blue Best Life Select entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de.

Medicare nos permite hacer cambios en nuestros planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de Blue Best Life Select después del
31 de diciembre de 2027. También podemos elegir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de.

Medicare (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) deben aprobar el plan Blue Best Life Select cada año. Puede continuar obteniendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que elijamos continuar ofreciendo nuestro plan y Medicare renueve la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre que cumpla todas estas condiciones:

- Usted tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- Vive en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.2). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si están físicamente en ella.
- Es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o es una persona no ciudadana que reúne los requisitos para la elegibilidad.

Sección 2.2 Área de servicio del plan de Blue Best Life Select

Blue Best Life Select solo está disponible para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en nuestra área de servicio. El área de servicio se describe abajo.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Arizona: Condado de Pima

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de este plan. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para averiguar si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial para cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan médico o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

Si se muda o cambia su dirección postal, también es importante llamar al seguro social. Llame al seguro social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 2.3 Ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en los Estados Unidos

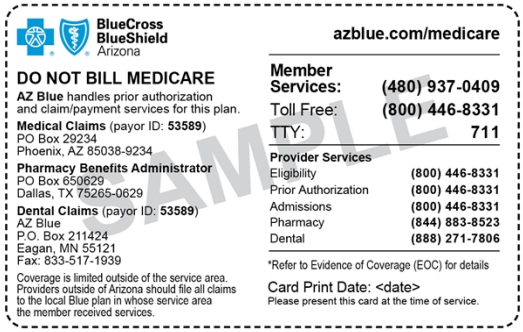
Debe ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en los Estados Unidos para ser miembro del plan médico de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) avisará a Blue Best Life Select si no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan sobre esta base. debe cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de la membresía

Sección 3.1 Nuestra tarjeta de membresía del plan

Use su tarjeta de membresía cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si tiene una. Ejemplo de tarjeta de membresía del plan:





NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Blue Best Life Select, es posible que usted tenga que pagar todo el costo de los servicios médicos. Mantenga su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le pidan que la muestre si necesita servicios del hospital, servicios de hospicio o participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos).

Si nuestra tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* **azblue.com/MAPDDocs** indica nuestros proveedores dentro de la red actuales. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar proveedores dentro de la red para obtener la atención y los servicios médicos. Si va a otro lugar sin la autorización adecuada, deberá pagar el total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios necesarios de urgencia cuando

la red no está disponible (por ejemplo, situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que Blue Best Life Select autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Si no tiene un *Directorio de proveedores*, puede pedir una copia (electrónicamente o en papel) de Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los *Directorios de proveedores* solicitados en papel se enviarán por correo dentro de 3 días laborables.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El *Directorio de farmacias* **azblue.com/MAPDDocs** indica las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son farmacias que aceptan surtir recetas cubiertas para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia dentro de la red que quiere usar. Vaya al Capítulo 5, Sección 2.4 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red de nuestro plan.

Si no tiene un *Directorio de farmacias*, puede pedir una copia a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). También puede encontrar esa información en nuestro sitio web en **azblue.com/MAPDDocs**.

Sección 3.4 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada Lista de medicamentos o formulario). Tiene los medicamentos con receta que están cubiertos por los beneficios de la Parte D de Blue Best Life Select. Los medicamentos de esta lista los selecciona nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos cumple los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos, a menos que hayan sido eliminados y reemplazados como se describe en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de Blue Best Life Select.

La Lista de medicamentos también indica si hay normas que restrinjan la cobertura de un medicamento.

Le daremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite (**azblue.com/MAPDDocs**) o llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona), o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2027

	Sus costos en 2027
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor que esta cantidad. Vaya a la Sección 4.1 para obtener más información.	**$0**
Cantidad del máximo de gastos de bolsillo Esto es lo máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Vaya al Capítulo 4 Sección 1 para obtener más información).	**$4,450**
Visitas en el consultorio de atención primaria	**$0 copago por visita**
Visitas en el consultorio del especialista	**$35 copago por visita**
Estancias en el hospital como paciente hospitalizado Incluye servicios para condiciones de casos agudos de pacientes hospitalizados, rehabilitación de pacientes hospitalizados, atención en el hospital de largo plazo y otro tipo de servicios de hospital para pacientes hospitalizados. La atención en el hospital para pacientes hospitalizados comienza el día en que lo admiten formalmente en el hospital con una orden médica y el día antes de que lo den de alta es su último día de hospitalización.	**Días $375 de copago por día**

	Sus costos en 2027
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Vaya al Capítulo 6 para obtener más información, incluyendo el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura catastrófica).	**Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D** **Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5: $490, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.** **Copago/Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:** • **Medicamentos de nivel 1: $0** • **Medicamentos de nivel 2: $9** • **Medicamentos de nivel 3: 20% Usted no paga más de $35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** • **Medicamentos de nivel 4: 26% Usted no paga más de $35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** • **Medicamentos de nivel 5: 26% Usted no paga más de $35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** • **Medicamentos de nivel 6: $0** **Etapa de cobertura para casos de catástrofe:** • **Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.**

Sus costos pueden incluir los siguientes:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Penalización por inscripción tardía en la Parte D (Sección 4.3)
- Cantidad ajustada mensualmente relacionada con ingresos (Sección 4.4)
- Cantidad del Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

No paga una prima mensual separada del plan por Blue Best Life Select.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Debe seguir pagando sus primas de Medicare para continuar siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede pagar una prima por la Parte A, si no es elegible para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía en la Parte D

Algunos miembros están obligados a pagar una **penalización por inscripción tardía** en la Parte D. La penalización por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si en algún momento después de que finalice su período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días consecutivos o más en el que no tuvo la Parte D u otra cobertura de medicamentos válida. La cobertura de medicamentos válidaes una cobertura que cumple los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos estándar de Medicare. El costo de la penalización por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos válida. Por lo general, tendrá que pagar esta penalización mientras tenga cobertura de la Parte D.

Cuando se inscriba por primera vez en Blue Best Life Select, le informaremos la cantidad de la penalización. Si no paga su penalización por inscripción tardía en la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta.

No tiene que pagar la penalización por inscripción tardía en la Parte D si:

- Recibe Ayuda adicional de Medicare para ayudar a pagar los costos de sus medicamentos.
- Pasó menos de 63 días consecutivos sin la Parte D u otra cobertura válida.

- Tenía cobertura de medicamentos válida mediante otra fuente (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (Veterans Health Administration, VA)). Su aseguradora o departamento de recursos humanos le dirá cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura válida. Puede obtener esta información en una carta o en un boletín de ese plan. Guarde esta información, ya que es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare en el futuro.

    - **Nota:** Cualquier carta o aviso debe indicar que tenía cobertura válida de medicamentos con receta que se espera que pague tanto como paga el plan de medicamentos estándar de Medicare.
    - **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos con receta, las clínicas gratis y los sitios web de descuentos para medicamentos no son cobertura válida de medicamentos con receta.

Medicare determina la cantidad de la penalización por inscripción tardía en la Parte D. Así es como funciona:

- Si estuvo 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos con receta después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, nuestro plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura.
- Luego, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio del plan para los planes de medicamentos de Medicare en todo el país, según el año anterior (la prima que a escala nacional debe pagar cada beneficiario). Para 2027, la cantidad promedio de esta prima es $41.33.
- Para calcular su penalización mensual, Medicare multiplica el porcentaje de la penalización por la prima que a escala nacional debe pagar cada beneficiario y redondea la cantidad a los 10 centavos más cercanos. Por ejemplo, si estuvo 14 meses sin la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos con receta, el porcentaje de penalización será del 14 %. Esto sería 14 % multiplicado por $41.33, que equivale a $5.79. Esta cantidad se agregaría **a la prima mensual del plan para alguien con una penalización por inscripción tardía en la Parte D**.

Hay tres cosas importantes que debe saber sobre la penalización mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- **La penalización puede cambiar cada año** porque la prima que a escala nacional debe pagar cada beneficiario puede cambiar cada año.
- **Por lo general, continuará pagando una penalización** todos los meses mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.

- Si tiene *menos* de 65 años y está inscrito en Medicare, la penalización por inscripción tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su penalización por inscripción tardía en la Parte D se basará solo en los meses que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial por envejecer con Medicare.

Si no está de acuerdo con su penalización por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión de la penalización. La revisión la realiza una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros. Por lo general, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** posteriores a la fecha de la primera carta que reciba en la que se indique que debe pagar una penalización por inscripción tardía. Sin embargo, si ya pagaba una penalización antes de unirse a nuestro plan, por lo general no tendrá otra oportunidad de solicitar una revisión de esa penalización por inscripción tardía en la Parte D

Importante: No deje de pagar su penalización por inscripción tardía en la Parte D mientras espera la revisión de la decisión sobre dicha penalización. Si lo hace, podrían cancelarle su inscripción por falta de pago de las primas de nuestro plan.

Sección 4.4 Cantidad ajustada mensualmente relacionada con ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como cantidad del ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula usando sus ingresos brutos ajustados modificados como los reportó en sus declaraciones de impuestos de IRS de hace 2 años. Si esa cantidad es superior a cierta cantidad, usted pagará la cantidad de la prima estándar y la IRMAA adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si tiene que pagar una IRMAA adicional, el seguro social le enviará una carta indicándole cuál será esa cantidad adicional, no su plan de Medicare. La cantidad adicional será retenida de su seguro social, Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios o la Oficina de Administración de Personal, no importa cómo suele pagar la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar la IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual de su plan. Si no paga la IRMAA adicional, se cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

Si no está de acuerdo con el pago de una IRMAA adicional, puede pedirle al seguro social que revise la decisión. Para saber cómo hacerlo, llame al seguro social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Cantidad del plan de pago de recetas de Medicare

Si participa en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, cada mes pagará la prima de su plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan médico o de medicamentos por sus medicamentos con receta (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por las recetas que reciba, más el saldo del mes anterior, dividido entre el número de meses que le quedan en el año.

En el Capítulo 2, Sección 7 se explica más sobre el Plan de pago de recetas de Medicare. Si no está de acuerdo con la cantidad facturada como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre la prima mensual de su plan

Sección 5.1 Cómo pagar su penalización por inscripción tardía en la Parte D

Hay cuatro formas de pagar la penalización.

Opción 1: Pagar con cheque

- Le enviaremos cada mes el estado de cuenta de pagos, a menos que la penalización por inscripción tardía en la Parte D se haya prepagado.
- Los pagos se deben hacer el primer día del mes.
- Puede pagar mensualmente, trimestralmente, semestralmente o anualmente por medio de cheque u orden de pago. **Incluya el estado de cuenta de pagos junto con su cheque u orden de pago.**
- Envíelo a: Blue Cross Blue Shield of Arizona
  P.O. Box 844855
  Los Angeles, CA 90084-4855
- Para asegurarse de que se acredite correctamente en su cuenta, escriba su número de identificación de membresía del plan de AZ Blue en su cheque.
- Asegúrese de hacer el cheque a nombre de **Blue Cross Blue Shield of Arizona (AZ Blue)** y no de **CMS** o **HHS**.
- Usted será responsable de pagar los cargos del banco por cheques devueltos por fondos insuficientes.

Opción 2: Retiro bancario automático/Automated Clearinghouse (ACH)

- Esta opción conveniente, que ahorra tiempo y no necesita franqueo es el método de pago preferido para garantizar el pago de continuo e inmediato de penalización por inscripción tardía en la Parte D.

- Si elige ACH, el pago de la penalización por inscripción tardía en la Parte D se deducirá de su cuenta bancaria el día 5 de cada mes (o el siguiente día laborable).

- Para establecer una cuenta ACH, complete el Formulario de ACH. Asegúrese de firmar el formulario y entregarlo junto con un cheque de su cuenta anulado (incluya el número de membresía en el formulario). Si no tiene un formulario ACH, puede pedir uno llamando a Servicios para Miembros.

- Envíelo a: Blue Cross Blue Shield of Arizona
  P.O. Box 29234
  Phoenix, AZ 85038

Opción 3: Tarjeta de crédito principal

- Aceptamos tarjetas Visa, MasterCard, American Express y Discover.

- Puede hacer los pagos con tarjeta de crédito completando la sección de información
  de la tarjeta de crédito que está en el estado de cuenta mensual y enviándola por
  correo a Blue Cross Blue Shield of Arizona. Asegúrese de indicar la cantidad del pago (ver abajo).

- También puede hacer el pago con tarjeta de crédito llamando a Servicios para Miembros.

- Puede pagar mensualmente, trimestralmente, semestralmente o anualmente.

Opción 4: Haga que su penalización por inscripción tardía en la Parte D se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social

Cómo cambiar la manera como paga la penalización por inscripción tardía en la Parte D. Si decide cambiar la manera de pagar su penalización por inscripción tardía en la Parte D, puede tomar hasta tres meses para que se implemente el nuevo método de pago. Mientras procesamos su nuevo método de pago, sigue siendo responsable de

asegurarse de que su se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, llame a Servicios para Miembros.

Si tiene problemas para pagar su penalización por inscripción tardía en la Parte D

Debemos recibir la penalización por inscripción tardía en la Parte D en nuestras oficinas el primer día del mes. Si no recibimos su pago antes del día 15th del mes, le enviaremos un aviso para informarle de que su membresía del plan terminará si no recibimos su Penalidad por inscripción tardía de la Parte D, si corresponde, en un plazo de 90 días. Si debe una penalización por inscripción tardía en la Parte D, debe pagar la penalización para mantener su cobertura de medicamentos.

Si tiene problemas para pagar su Penalidad por inscripción tardía de la Parte D, si corresponde, a tiempo, llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para ver si podemos remitirlo a programas que lo ayuden con sus costos.

Si terminamos su membresía porque usted no pagó su Penalidad por inscripción tardía de la Parte D, si corresponde, tendrá cobertura médica bajo Medicare Original. Es posible que no pueda obtener cobertura de medicamentos de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción abierta. (Si permanece sin cobertura de medicamentos válida por más de 63 días, es posible que deba pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D durante el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D).

En el momento en que terminemos su membresía, es posible que aún nos deba la penalizaciones que no pagó. Tenemos el derecho de iniciar procedimientos para el cobro de la cantidad que debe. *O* si quiere inscribirse nuevamente en nuestro plan (u otro plan que ofrecemos) en el futuro, deberá pagar la cantidad que debe antes de poder inscribirse.

Si cree que cancelamos su membresía por error, puede presentar una queja (también llamada queja formal). Si tuvo una circunstancia de emergencia fuera de su control y eso hizo que no pudiera pagar su Penalidad por inscripción tardía de la Parte D, si corresponde, en nuestro período de gracia, puede presentar una queja. Para las quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. Vaya al Capítulo 9 para saber cómo presentar una queja o puede llamarnos al **480-937-0409** (en Arizona), o gratis al **1-800-446-8331** entre 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre y los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. Debe presentar su queja a más tardar 60 días calendario después de la fecha en que finaliza su membresía.

Sección 5.2 La prima mensual de su plan no cambiará durante el año

No podemos cambiar la cantidad de la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, le diremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigor el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que deje de pagar una penalización por inscripción tardía, si tiene una, o que deba comenzar a pagar una penalización por inscripción tardía.

- Si actualmente paga una penalización por inscripción tardía de la Parte D y pasa a ser elegible para la Ayuda adicional durante el año, podrá dejar de pagar su penalización.
- Si pierde la Ayuda adicional, puede estar sujeto a la penalización por inscripción tardía de la Parte D si cancela su inscripción en su plan y pasa 63 días consecutivos o más sin la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos con receta.

Obtenga más información sobre la Ayuda adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía del plan

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y teléfono. El mismo muestra su cobertura específica del plan, incluido su Proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de su plan **usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y las cantidades de sus costos compartidos**. Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Si tiene alguno de estos cambios, avísenos:

- Cambios en su nombre, dirección o teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura médica que tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja doméstica, compensación de los trabajadores
  o Medicaid)
- Cualquier reclamo de responsabilidad, como reclamos por un accidente automovilístico
- Si ingresa en un centro de atención residencial
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red

- Si cambia la parte responsable que designó (como un cuidador)
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No es necesario que informe a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo animamos a que lo haga).

Si esta información cambia, infórmenos llamando a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

También es importante que se comunique con el seguro social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al seguro social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare exige que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios según nuestro plan. Esto se llama **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con información de cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que conozcamos. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información no es correcta, o si tiene otra cobertura que no está en la lista, llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Es posible que deba dar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como la cobertura médica de grupo del empleador), las normas de Medicare deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero (“el pagador principal”) paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga segundo (“pagador secundario”) solo paga si hay costos que no están cubiertos por la cobertura principal. El pagador secundario no puede pagar los costos que no están cubiertos. Si usted no tiene otro seguro, avise a su médico, hospital y farmacia.

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

- Si usted tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si su cobertura de plan médico de grupo está basada en su empleo actual o en el de un familiar, el que paga primero depende de su edad, el número de personas empleadas por su empleador y si usted tiene Medicare según su edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):

  - Si es menor de 65 años y está discapacitado y usted (o un familiar) todavía está trabajando, su plan médico de grupo paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de varios empleadores tiene más de 100 empleados.
  - Si es mayor de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja doméstica) todavía está trabajando, su plan médico de grupo paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de varios empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por ESRD, su plan médico de grupo pagará primero por los primeros 30 meses después de que usted sea elegible para Medicare.

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

- Seguro de responsabilidad civil sin culpa (incluyendo seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluyendo seguro de automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación de los trabajadores

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

CAPÍTULO 2: Teléfonos y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de Blue Best Life Select

Para obtener ayuda con preguntas de reclamos, facturación o tarjetas del miembro, llame o escriba a Servicios para Miembros de Blue Best Life Select. Estaremos encantados de ayudarlo.

Servicios para Miembros – Información de contacto	
Llame al	**1-800-446-8331** Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre y los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Servicios para Miembros al **480-937-0409** o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) también tiene servicios gratis de interpretación de idiomas para 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., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre y los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo.
Fax	**602-544-5662**
Escriba a	Blue Cross Blue Shield of Arizona P.O. Box 29234 Phoenix, AZ 85038 Correo electrónico: ContactAdvantage@azblue.com
Sitio web	**azblue.com/medicare**

Cómo solicitar una decisión de cobertura o apelar sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o medicamentos de la Parte D, vaya al Capítulo 9.

Decisiones de cobertura y apelaciones para atención médica o medicamentos de la Parte D – Información de contacto	
Llame al	**1-800-446-8331** Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre y los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre y los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo.
Fax	**602-544-5656** (para solicitar decisiones de cobertura estándar y apelaciones) **602-544-5655** (para solicitar decisiones de cobertura y apelaciones rápidas (expeditas))
Escriba a	Blue Cross Blue Shield of Arizona P.O. Box 29234 Phoenix, AZ 85038 Correo electrónico: grievanceappeals@azblue.com
Sitio web	**azblue.com/medicare**

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o alguno de nuestros proveedores o farmacias dentro de la red, incluyendo una queja por la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas de cobertura o pago. Para obtener más información de cómo presentar una queja sobre su atención médica, vaya al Capítulo 9.

Quejas sobre atención médica – Información de contacto	
Llame al	**1-800-446-8331** Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre y los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre y los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo.
Fax	**602-544-5656** (para quejas estándar) **602-544-5655** (para quejas rápidas)
Escriba a	Blue Cross Blue Shield of Arizona P.O. Box 29234 Phoenix, AZ 85038 Correo electrónico: grievanceappeals@azblue.com
Sitio web de Medicare	Para enviar una queja sobre Blue Best Life Select directamente a Medicare, vaya a Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Si recibió una factura o pagó por servicios (como una factura de proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba pedirnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

Si nos presenta una solicitud de pago y denegamos alguna parte de la solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Solicitud de pago – Información de contacto	
Llame al	**1-800-446-8331.** El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre y los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre y los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo.
Fax	**602-544-5662**
Escriba a	Blue Cross Blue Shield of Arizona P.O. Box 29234 Phoenix, AZ 85038 Correo electrónico: ContactAdvantage@azblue.com
Sitio web	**azblue.com/medicare**

SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluyendo nuestro plan.

Medicare – Información de contacto	
Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas del día, 7 días de la semana
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades para escuchar o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chatear en vivo	Puede chatear en vivo en Medicare.gov/talk-to-someone.
Escriba a	Escriba a Medicare at PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.
Sitio web	Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes médicos y de medicamentos de Medicare en su área, incluyendo su costo y los servicios que prestan. • Encuentre médicos que participen en Medicare u otros proveedores de atención médica. • Averigüe qué cubre Medicare, incluyendo servicios preventivos (como exámenes de detección, inyecciones o vacunas y visitas anuales de “bienestar”). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por planes, centros de atención residencial, hospitales, médicos, agencias de salud en el hogar, centros médicos de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros médicos de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de atención médica a largo plazo. • Busque sitios web y teléfonos útiles.

También puede visitar Medicare.gov para informar a Medicare de cualquier queja que tenga sobre Blue Best Life Select.

Para enviar una queja a Medicare, visite Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma seriamente sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia con el seguro médico (SHIP)

El Programa estatal de asistencia con el seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental que tiene consejeros capacitados en todos los estados que ofrece ayuda, información y respuestas gratis a sus preguntas sobre Medicare. En Arizona, SHIP se llama Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico
de Arizona.

El Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado de Arizona es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan médico) que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoría gratis sobre seguros médicos locales a personas con Medicare.

Los asesores del Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado de Arizona pueden ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, ayudarlo a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del Programa de Asistencia sobre Seguro Médico del Estado de Arizona también pueden ayudarlo con preguntas o problemas de Medicare, ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico de Arizona – Información de contacto	
Llame al	602-542-4446 o 1-800-432-4040
TTY	**711**
Escriba a	DES Division of Aging and Adult Services Arizona State Health Insurance Assistance Program 1789 W. Jefferson Street, #950A Phoenix, AZ 85007
Sitio web	https://des.az.gov/services/older-adults/medicare-assistance

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (QIO)

Una Organización para la mejora de la calidad (QIO) designada atiende a personas con Medicare en cada estado. En Arizona, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Commence Health.

Commence Health tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que son pagados por Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Commence Health es una organización independiente. No está conectada con nuestro plan.

Comuníquese con Commence Health en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Los ejemplos de preocupaciones sobre la calidad de la atención incluyen obtener el medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Considera que la cobertura de su estancia en el hospital está terminando demasiado pronto.
- Cree que la cobertura de su atención médica en casa, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) está terminando demasiado pronto.

Commence Health (Organización para la Mejora de la Calidad de Arizona) – Información de contacto	
Llame al	1-877-588-1123 El horario es de lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m. (hora local); Fines de semana/días festivos, de 10 a. m. a 4 p. m. (hora local); servicio de correo de voz disponible las 24 horas.
TTY	711
Escriba a	BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
Sitio web	commencehealthqio.cms.gov/en

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y maneja la inscripción en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar una cantidad adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D porque tiene un ingreso más alto. Si recibió una carta del Seguro Social en donde se le indica que tiene que pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que cambia la vida, puede llamar al Seguro Social para pedir una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, comuníquese con el seguro social para informarlos.

Seguro Social – Información de contacto	
Llame al	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Use los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y hacer algunas gestiones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades para escuchar o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes.
Sitio web	SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare son también elegibles para Medicaid.

Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas a pagar sus costos de Medicare, como sus primas. Estos **Programas de ahorros de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas y otros costos compartidos (por ejemplo, deducibles, coseguro y copagos) de la Parte A y la Parte B de Medicare. (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que califica (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas discapacitadas y empleados calificados (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre los programas de ahorros de Medicaid y Medicare, comuníquese con Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS).

Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) – Información de contacto	
Llame al	1-855-432-7587 Las llamadas se atienden de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
TTY	Servicio de retransmisión: 1-800-842-6520 Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades para escuchar o para hablar.
Escriba a	801 E. Jefferson Street Phoenix, AZ 85034
Sitio web	https://www.azahcccs.gov

SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos con receta

El sitio web de Medicare (Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) tiene información sobre formas de reducir los costos de sus medicamentos con receta. Los programas de abajo pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Ayuda adicional de Medicare

Medicare y el seguro social tienen un programa llamado Ayuda adicional que puede ayudar a pagar los costos de los medicamentos para personas con ingresos y recursos limitados. Si califica, obtiene ayuda para pagar la prima mensual del plan, el deducible anual y los copagos de su plan de medicamentos de Medicare. La Ayuda adicional también cuenta para sus gastos de bolsillo.

Si califica automáticamente para la Ayuda adicional, Medicare le enviará por correo una carta de color púrpura para informarle. Si no califica automáticamente, puede solicitarla en cualquier momento. Para ver si califica para recibir Ayuda adicional:

- Visite https://secure.ssa.gov/i1020/start para presentar su solicitud en línea
- Llame al seguro social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Cuando solicita Ayuda adicional, también puede iniciar el proceso de solicitud para un programa de ahorros de Medicare (MSP). Estos programas estatales dan ayuda con otros costos de Medicare. El seguro social enviará información a su estado para iniciar una solicitud de MSP, a menos que les indique que no lo hagan en la solicitud de Ayuda adicional.

Si califica para la Ayuda adicional y cree que está pagando una cantidad incorrecta por su receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarlo a obtener evidencia de la cantidad correcta del copago. Si ya tiene evidencia de la cantidad correcta, podemos ayudarlo a compartir esta evidencia con nosotros.

- Si no tiene documentación pero tiene motivos para creer que puede calificar para la Ayuda adicional, debe comunicarse con la Administración del Seguro Social (SSA) al
  1-800-772-1213 y ellos podrán ayudarlo.
- Si no tiene documentación del estado de Arizona o de la Administración del Seguro Social (SSA) que muestre la fecha de inicio y el nivel de “Ayuda adicional” para el que calificó, envíe una copia por correo a Blue Cross Blue Shield of Arizona a P.O. Box 29234, Phoenix, AZ 85038, o envíe un fax al 602-544-5638 (Atn.: Inscripción).
- Cuando recibamos la evidencia que muestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar la cantidad correcta

cuando obtenga su próxima receta. Si paga más que su copago, le devolveremos el dinero, con cheque o con un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted le debe dinero, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó por usted, podemos pagarle directamente al estado. Llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) si tiene preguntas.

¿Qué sucede si tiene Ayuda adicional y cobertura de un Programa de asistencia para medicamentos contra el Sida (ADAP)?

El Programa de asistencia para medicamentos contra el Sida (ADAP) ayuda a las personas que viven con VIH/Sida a acceder a medicamentos que salvan vidas contra el VIH. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario de ADAP califican para recibir ayuda para costos compartidos de medicamentos con receta a través del ADAP. Para obtener más información del programa ADAP Assist de Arizona, llame al Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS) al 1-800-334-1540 o al 602-364-3610, o visite el sitio web en www.azdhs.gov/preparedness/epidemiology-disease-control/disease-integration-services/index.php#aids-drug-assistance-program-home.

Nota: Para ser elegible para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo prueba de residencia estatal y estado de VIH, bajos ingresos (según lo definido por el estado) y estar sin seguro o con seguro insuficiente. Si cambia de plan, avise a su trabajador local de inscripción de ADAP para que pueda continuar recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-334-1540 o al 602-364-3610.

Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare

El Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarlo a manejar sus gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo **del año calendario** (enero a diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan médico de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá sus costos de medicamentos. Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027; no necesita presentar una nueva solicitud de elección para seguir participando en 2027.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para Miembros al **1-844-368-8729** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o visite Medicare.gov.

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare – Información de contacto	
Llame al	**1-844-368-8729**

	Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es las 24 horas al día, 7 días de la semana. Servicios para Miembros al **1-844-368-8729** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) también tiene servicios gratis de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es las 24 horas al día, 7 días de la semana.
Escriba a	Optum Rx Attn: Member Services 6868 W 115TH ST Overland Park, KS 66211
Sitio web	**https://m3p-form.optumrx.com**

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)

La Junta de Jubilación para Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si obtiene Medicare mediante la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, avísele si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) – Información de contacto	
Llame al	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Pulse “0” para hablar con un representante de la RRB de 9 a. m. a 3:30 p. m., lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a. m. a 12 p. m. los miércoles. Pulse “1” para acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluyendo fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades para escuchar o para hablar. Las llamadas a este número no son gratis.
Sitio web	https://RRB.gov

SECCIÓN 9 Si tiene un seguro de grupo 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 de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona), o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios médicos, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare bajo este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene otra cobertura de medicamentos mediante un empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a entender cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos con nuestro plan.

CAPÍTULO 3: Usar nuestro plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre el uso de nuestro plan para obtener cobertura de su atención médica.

Para obtener información sobre qué atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga cuando recibe atención, consulte la Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores dentro de la red y servicios cubiertos

- **Proveedores** son médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para prestar atención y servicios médicos. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Proveedores dentro de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos de médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y la cantidad de su costo compartido como pago completo. Hicimos arreglos para que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor dentro de la red, usted solo paga su parte del costo de sus servicios.
- **Servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros, equipo y medicamentos con receta que cubre nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica se mencionan en la Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4. En el Capítulo 5 se discuten los servicios cubiertos de medicamentos
con receta.

Sección 1.2 Normas básicas para que su atención médica esté cubierta por nuestro plan

Como plan médico de Medicare, Blue Best Life Select debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe seguir las normas de cobertura de Medicare Original.

Blue Best Life Select generalmente cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que recibe está en la Cuadro de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria**. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipo o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tiene un proveedor de atención primaria de la red (un PCP) que le da y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP dentro de la red (vaya a la Sección 2.1 para obtener más información).
    - En la mayoría de las situaciones, el PCP de su red debe darle su aprobación con antelación (una remisión) antes de que pueda usar otros proveedores de la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica en casa. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
    - No necesita remisiones de su PCP para atención de emergencia o servicios necesarios de urgencia. Para obtener información sobre otros tipos de atención que puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP, consulte la Sección 2.2.
- **Debe recibir atención de un proveedor dentro de la red** (vaya a la Sección 2). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que debe pagar al proveedor en su totalidad por los servicios que recibe. *Aquí hay 3 excepciones:*
    - Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia o necesarios de urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué son los servicios de emergencia o necesarios de urgencia, vaya a la Sección 3.
    - Si necesita atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no tenemos especialistas en nuestra red que den esa atención, puede recibir la atención de un proveedor fuera de la red con el mismo costo compartido que pagaría normalmente dentro de la red. **Usted, o su PCP, deben obtener la autorización de nuestro plan antes de buscar atención.** En esta situación, paga lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor dentro de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, vaya a la Sección 2.4.
    - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o sea inaccesible temporalmente. El costo compartido que paga a nuestro plan de diálisis nunca puede ser más alto que el costo

compartido en Medicare Original. Si está fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede ser mayor que 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 elige obtener servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido para la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Usar proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica

Sección 2.1 Debe elegir 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?

Cuando se vuelve miembro de nuestro plan, debe elegir a un proveedor dentro de la red para que sea su PCP. Su PCP debe ser un proveedor que cumpla los requisitos de autorización del estado y esté capacitado para prestarle la atención médica básica. El PCP puede ser un proveedor general o de familia, o un proveedor especializado en medicina geriátrica o interna. Consulte el 2027 *Directorio de proveedores/farmacias* para ver una lista de nuestros PCP calificados en la red.

El PCP prestará atención básica, de rutina y preventiva y coordinará los servicios cubiertos que reciba como miembro de nuestro plan. La coordinación de sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y cómo va. Si necesita ciertos tipos de suministros o servicios cubiertos, debe obtener aprobación de su PCP por adelantado (como remitirlo a un especialista). En algunos casos, su PCP necesitará autorización previa (aprobación previa) de parte nuestra. Su PCP proporcionará y coordinará su atención médica; usted debe encargarse de que le envíen todo su expediente médico anterior al consultorio de su PCP.

Además de proporcionarle gran parte de la atención que usted recibe, su PCP arreglará o coordinará el resto de los servicios cubiertos que se le presten como miembro de nuestro plan. Esto incluye:

- Radiografías
- Exámenes de laboratorio
- Terapias
- Atención de médicos que son especialistas
- Hospitalizaciones
- Atención de seguimiento

Cómo elegir un PCP

Cuando se inscriba, elegirá un PCP del *Directorio de proveedores/farmacias.* Le pediremos que indique el nombre de su PCP elegido en el formulario de inscripción. Si elige un PCP que no acepta nuevos miembros, o si su PCP ya no tiene contrato con AZ Blue, lo asignaremos a otro PCP y le enviaremos una nueva tarjeta de identificación con el nombre del nuevo PCP. Comuníquese con Servicios para Miembros usando el teléfono que está en la contracubierta de este documento y en la parte de atrás de su tarjeta de membresía del plan para cambiar el PCP que tiene asignado.

Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. También es posible
que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan y deba elegir un nuevo PCP. Cada PCP puede tener distintos especialistas y hospitales donde prefiere referir a sus pacientes generalmente.

Llame a Servicios para Miembros para cambiar su PCP. Los cambios entran en vigencia el primer día del siguiente mes después de que recibamos su solicitud. **Es importante que nos llame antes de programar una cita con su nuevo PCP.**

Servicios para miembros:

- Confirmará que el PCP que usted quiere tenga contrato y esté aceptando nuevos pacientes.
- Cambie su registro de membresía para mostrar el nombre de su nuevo PCP.
- Enviará la solicitud de una nueva tarjeta de identificación de membresía del plan con el nombre del nuevo PCP. Recibirá su nueva tarjeta de identificación de membresía del plan en 10 a 14 días laborables.

Sección 2.2 Atención médica que puede obtener sin una remisión de PCP

Puede recibir los servicios de la lista de abajo sin necesidad de aprobación por anticipado de
su PCP.

- Atención médica de rutina para mujeres, incluyendo exámenes de mama, mamografías de detección (radiografías de la mama), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los obtenga de un proveedor dentro de la red.
- Vacunas contra la gripe, COVID-19, hepatitis B y neumonía siempre que las reciba de un proveedor dentro de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o proveedores que no pertenecen a la red.

- Los servicios cubiertos por el plan que se necesitan con urgencia son servicios que necesitan atención médica inmediata (pero no una emergencia) si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de los proveedores de la red. Los ejemplos de servicios necesarios de urgencia incluyen enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbación imprevista de condiciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran urgentes, incluso si está fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a organizar la diálisis de mantenimiento mientras está fuera.
- Servicios de atención ambulatoria de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias de un proveedor de la red.

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

Un especialista es un médico que presta servicios de atención médica por una enfermedad o parte del cuerpo. Hay muchas clases de especialistas. Por ejemplo:

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

El plan no exige que obtenga una remisión de un PCP para ver a un especialista o ciertos proveedores. Recuerde, algunos proveedores pueden exigir una recomendación o plan de tratamiento de su médico para examinarlo.

Las únicas excepciones son para los servicios descritos en la sección 2.2 de este capítulo. Solo su PCP puede darle remisiones. Si un especialista le pide que consulte a otro especialista, comuníquese con su PCP antes de hacer una cita. En la mayoría de los casos, su PCP tendrá que darle una remisión antes de que vea al otro especialista para que podamos cubrir los servicios que recibe.

Su PCP también es responsable de obtener la autorización previa de nuestro plan antes de recibir ciertos servicios o suministros. Si su PCP no obtiene autorización previa cuando se exige, es posible que no cubramos los servicios o suministros que recibe.

Consulte el Capítulo 4, sección 2.1 para obtener más información acerca de los servicios que requieren autorización previa.

Cada PCP puede tener distintos especialistas y hospitales donde prefiere referir a sus pacientes generalmente. Siempre verifique para asegurarse de que los proveedores y los centros estén en nuestra red de proveedores.

Cuando un especialista u otro proveedor dentro de la red deja nuestro plan

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) de la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista deja nuestro plan, usted tiene estos derechos y protecciones:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor deja nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le avisaremos si visitó a ese proveedor en los últimos 3 años.
    - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le avisaremos si está asignado al proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si lo visitó en los últimos 3 meses.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para recibir atención continua.
- Si está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar recibiendo el tratamiento o las terapias médicamente necesarias. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo la atención.
- Le daremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no está disponible o es inadecuado para cubrir sus necesidades médicas, organizaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores con costos compartidos dentro de la red. Se requiere autorización previa para usar un proveedor fuera de la red.
- Si descubre que su médico o especialista está dejando nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a elegir un nuevo proveedor para manejar
su atención.
- Si cree que no le dimos un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, una

queja formal sobre la calidad de la atención a nuestro plan o ambas (vaya al Capítulo 9).

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Un proveedor fuera de la red es un proveedor o centro que no está incluido en nuestra red. La mayoría de los servicios no están cubiertos y su plan no los pagará cuando use un proveedor o centro fuera de la red. Usted tendría que pagar el total de la factura del proveedor. Pero, hay ciertas excepciones en las que se cubrirá la atención fuera de la red. Usted puede recibir atención de emergencia o necesaria de urgencia de proveedores fuera de la red, dentro o fuera del área de servicio, sin necesidad de autorización.

Si tiene ESRD y necesita servicios de diálisis de rutina, puede obtener atención de diálisis en un centro de diálisis certificado por Medicare fuera de la red mientras esté temporalmente fuera del área de servicio.

Puede recibir atención de rutina de un proveedor fuera de la red cuando esté en el área de servicio de nuestro plan si se cumple lo siguiente:

- Es un servicio médico que Medicare obliga a nuestro plan a cubrir, y
- No hay un proveedor de la red que pueda prestar el mismo servicio.

Se debe obtener autorización previa antes de la atención médica. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor dentro de la red. La autorización previa se puede obtener de 2 maneras:

- Su PCP puede comunicarse con nosotros para pedir la autorización previa por los servicios cubiertos con un proveedor fuera de la red.
- Puede comunicarse con Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** entre 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre y los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para pedir que tomemos una decisión de cobertura para que pueda buscar atención de un proveedor fuera de la red.

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

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica

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

extremidad, o la pérdida o deficiencia 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:

- **Obtenga ayuda lo más pronto posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame para pedir una ambulancia si la necesita. No necesita obtener primero la aprobación o una remisión de su PCP. No es necesario que use un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en todo el mundo, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que se haya informado a nuestro plan sobre su emergencia.** Debemos darle seguimiento a la atención de emergencia que le den. Usted u otra persona deberán llamar para informarnos sobre su atención de emergencia, por lo general en las siguientes 48 horas. Comuníquese con Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o llamando sin costo al **1-800-446-8331**. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre y los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones donde llegar a la sala de emergencias de otra manera podría poner su salud en riesgo. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le dan atención de emergencia decidirán cuándo su condición es estable y cuándo termina la emergencia médica.

Una vez que termine la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su condición continúe estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que puedan comunicarse con nosotros y hacer planes para obtener atención adicional. La atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan.

Si proveedores fuera de la red le dan la atención de emergencia, intentaremos hacer arreglos para que los proveedores dentro de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría llegar por atención de emergencia (pensando que su salud está en grave peligro) y, después de todo, el médico puede decir que no era una emergencia médica.

Si resulta que no fue una emergencia, siempre que razonablemente pensara que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico diga que no fue una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si recibe dicha atención adicional de una de estas 2 formas:

- Acude a un proveedor dentro de la red para recibir atención adicional, o
- La atención adicional que recibe se considera servicios necesarios de urgencia y sigue las normas de abajo para obtener esta atención de urgencia.

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

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) es un servicio necesario de urgencia si está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable dado el tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de los proveedores dentro de la red. Los ejemplos de servicios necesarios de urgencia incluyen enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbación imprevista de condiciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran urgentes, incluso si está fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red del plan no está disponible temporalmente.

Siempre debe tratar de obtener los servicios que necesita con urgencia de nuestros proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores dentro de la red no están disponibles temporalmente o son inaccesibles y no es razonable esperar para recibir atención de nuestro proveedor dentro de la red, cubriremos los servicios que necesite con urgencia y que reciba de un proveedor fuera de la red.

Hay disponible una lista de proveedores dentro de la red que ofrecen servicios de atención de urgencia (por ejemplo, centros de atención de urgencia) en su *Directorio de proveedores/ farmacias* y en nuestro sitio web en **azblue.com/MAPDDocs**. También puede llamar a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331**, entre 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre y los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Nuestro plan cubre servicios de emergencia y atención urgente en todo el mundo bajo las siguientes circunstancias: si se encuentra temporalmente fuera de los Estados Unidos y sus territorios, la atención de emergencia, la atención urgente y/o el transporte en ambulancia de emergencia desde el lugar de la emergencia hasta el centro médico más cercano están cubiertos por nuestro plan en los mismos tipos de situaciones en las que estarían cubiertos si usted estuviera en los Estados Unidos o sus territorios. Consulte el Cuadro de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 para obtener más información sobre nuestra cobertura mundial de atención de emergencia y urgente.

Sección 3.3 Obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir atención de nuestro plan.

Visite Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/using-drug-coverage/drugs-disaster-emergency para obtener información de cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor dentro de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red con costos compartidos dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red. Vaya al Capítulo 5, Sección 2.4.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos?

Si pagó más que el costo compartido de nuestro plan por los servicios cubiertos, o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Vaya al Capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo total

Blue Best Life Select cubre todos los servicios médicamente necesarios como están en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o recibe servicios fuera de la red sin autorización que no sean de emergencia ni servicios necesarios de urgencia, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de agotar su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Estos costos no cuentan para su máximo de gastos de bolsillo.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

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

Un estudio de investigación clínica (llamado también un *ensayo clínico*) es una manera en que los médicos y los científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como qué tan bien funciona un nuevo medicamento para cáncer. Medicare aprueba ciertos estudios de investigación clínica. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (atención que no está relacionada con el estudio) mediante nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si nos dice que está participando en un ensayo clínico calificado, usted solo es responsable de pagar el costo compartido dentro de la red para los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó la cantidad de costos compartidos de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los costos compartidos dentro de la red. Deberá presentar documentación para mostrarnos cuánto pagó.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores que lo atienden como parte del estudio de investigación clínica no necesitan ser parte de la red de nuestro plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluyendo ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos de investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan).

Aunque no necesita el permiso de nuestro plan para participar en un ensayo clínico calificado por Medicare, le recomendamos que nos avise con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

Sección 5.2 Quién paga por los servicios en un estudio de investigación clínica

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

- Hospedaje y comida por una estancia en el hospital que pagaría, Medicare aunque usted no estuviera participando en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones por la nueva atención.

Después de que Medicare pague su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Medicare Original y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que pagará la misma cantidad por los servicios que recibe como parte del estudio que la que pagaría si los recibiera de nuestro plan. Pero deberá presentar documentación que muestre cuánto costo compartido pagó. Vaya al Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

> *Ejemplo de costo compartido en un ensayo clínico:* Supongamos que debe hacerse una prueba de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. Su parte de los costos por esta prueba es de $20 según Medicare Original, pero la prueba sería de $10 según nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría $80 por el examen y usted el copago de $20 necesario según Medicare Original. Avisaría a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación (como una factura de proveedor) a nuestro plan. Nuestro plan le pagaría directamente $10. Esto hace que su pago neto por la prueba sea de $10, la misma cantidad que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

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

- Por lo general, Medicare no pagará el nuevo artículo o servicio que el estudio esté probando, a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted no participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se dan únicamente para recopilar datos y que no se usan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas mensuales hechas como parte de un estudio si su condición médica normalmente requeriría solo una CT.
- Artículos y servicios gratis prestados por los patrocinadores de la investigación para las personas en el ensayo.

Cómo obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica en la publicación de *Medicare y los Estudios Clínicos de Investigación* disponible en

Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Sección 6.1 Una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

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

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

Para recibir atención de una institución religiosa no médica dedicada a la atención médica, debe firmar un documento legal que diga que se opone, por convicción, a recibir un tratamiento médico que **no esté exento**.

- La atención o el tratamiento médico que **no exento** es cualquier atención o tratamiento médico que sea *voluntario* y *no sea requerido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exento** es la atención médica o el tratamiento que recibe que *no* es voluntario o *que es requerido* por las leyes federales, estatales o locales.

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

- La institución que presta la atención debe estar certificada por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
    - Debe tener una condición médica que le permita obtener servicios cubiertos para atención en el hospital como paciente hospitalizado o atención en un centro de enfermería especializada.

- – *y* – debe obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de ser admitido en el centro, o su estancia no estará cubierta.

La cobertura de Medicare para atención de paciente hospitalizado no tiene límite de días adicionales. Los límites de la cobertura de Medicare se aplican a la atención en centro de enfermería especializada. Vaya a la Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 para saber lo que está cubierto y lo que usted paga.

SECCIÓN 7 Normas para ser propietario del equipo médico duradero

Sección 7.1 Usted no será dueño de cierto equipo médico duradero después de hacer una cantidad determinada de pagos bajo nuestro plan

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para que los miembros las usen en su casa. El miembro siempre es dueño de ciertos artículos de DME, como prótesis. Debe alquilar otros tipos de DME.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del equipo después de hacer copagos por el artículo por 13 meses. **Como miembro de Blue Best Life Select, sin embargo, por lo general no adquirirá la propiedad de los artículos de DME alquilados sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.** No tendrá la propiedad incluso si hizo hasta 12 pagos consecutivos por el artículo DME bajo Medicare Original antes de unirse a nuestro plan. Bajo ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo DME. Llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener más información.

¿Qué sucede con los pagos de equipo médico duradero que haya hecho si se cambia a Medicare Original?

Si no obtuvo la propiedad del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que hacer 13 pagos consecutivos nuevos después de cambiarse a Medicare Original para ser propietario del artículo de DME. Los pagos que hizo mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

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

Ejemplo 2: Usted hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego, regresó a Medicare Original. Tendrá que hacer 13 pagos consecutivos nuevos para obtener la propiedad del artículo una vez que se reincorpore a Medicare Original. Cualquier pago que ya haya hecho (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuenta.

Sección 7.2 Normas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si califica para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare, Blue Best Life Select cubrirá:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Suministro del oxígeno y contenido de oxígeno
- Sondas y accesorios relacionados con el oxígeno para el suministro del oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si se retira de Blue Best Life Select o ya no necesita equipo de oxígeno por razones médicas, debe devolver el equipo de oxígeno.

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

Medicare Original requiere que un proveedor de oxígeno le preste servicios por 5 años. Durante los primeros 36 meses alquilará el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor dará equipo y mantenimiento (usted sigue siendo responsable de los costos compartidos aplicables por el oxígeno). Después de 5 años, puede optar por quedarse con la misma compañía o cambiarse a otra. En ese momento, el ciclo de 5 años comienza de nuevo, incluso si se queda con la misma compañía, y nuevamente debe hacer copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o abandona nuestro plan, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

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

SECCIÓN 1 Explicación de sus gastos de bolsillo por los servicios cubiertos

La Cuadro de beneficios médicos muestra sus servicios cubiertos y lo que paga por cada servicio cubierto como miembro de Blue Best Life Select. Esta sección también da información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites de ciertos servicios.

Sección 1.1 Gastos de bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos

Los tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos incluyen:

- **Deducible:** la cantidad que debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan empiece a pagar su parte.
- **Copago:** la cantidad fija que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. El copago se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Cuadro de beneficios médicos le da más información sobre sus copagos).
- **Coseguro:** 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 Cuadro de beneficios médicos le da más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiario calificado de Medicare (QMB) no pagan deducibles, copagos ni coseguros. Si está en uno de estos programas, asegúrese de mostrar su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB a su proveedor.

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

Los planes Medicare Advantage tienen límites en la cantidad total que tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina cantidad del máximo de gastos de bolsillo (MOOP) para servicios médicos. **Para el año calendario 2027 la cantidad del MOOP es $4,450.**

Los montos que paga por copagos y coseguros para servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuentan para esta cantidad máxima de gastos de bolsillo. Las cantidades que paga por los medicamentos de la Parte D no cuentan para su máximo

de gastos de bolsillo. Además, las cantidades que paga por algunos servicios no cuentan para su máximo de gastos de bolsillo. Esos servicios están marcados con un asterisco en el Cuadro de beneficios médicos. Si alcanza la cantidad del máximo de gastos de bolsillo de $4,450, no tendrá que pagar ningún costo de bolsillo durante el resto del año por los servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos dentro de la red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

Como miembro de Blue Best Life Select, tiene una protección importante porque solo tiene que pagar la cantidad de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales por separado, llamados **facturación de saldo**. Esta protección se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio, e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es como funciona la protección contra la facturación de saldo:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija en dólares, por ejemplo, $15.00), usted paga solo esa cantidad por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted nunca paga más de ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso de nuestro plan (esto se indica en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando recibe una remisión o para emergencias o servicios que se necesitan con urgencia).
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando recibe una remisión o para emergencias o servicios que se necesitan con urgencia fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le facturó el saldo, llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

SECCIÓN 2 La Cuadro de beneficios médicos muestra sus beneficios y gastos médicos

La Cuadro de beneficios médicos en las páginas siguientes muestra los servicios cubiertos por Blue Best Life Select y lo que usted paga de gastos de bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D está en el Capítulo 5). Los servicios que se mencionan en la Cuadro de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben prestarse según las directrices de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (incluyendo atención médica, servicios, suministros, equipo y medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos inscritos, su plan de atención coordinada de MA debe ofrecer un período de transición mínimo de 90 días; durante ese tiempo el nuevo plan de MA no puede requerir autorización previa para ningún curso activo de tratamiento, incluso si el tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe atención de un proveedor dentro 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 sea atención de emergencia o de urgencia, o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red le haya dado una remisión. Esto significa que usted paga al proveedor en su totalidad por los servicios que recibe fuera de la red.
- Tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que le da y supervisa su atención. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe darle su aprobación por adelantado (una remisión) antes de que pueda ver a otros proveedores de la red de nuestro plan.
- Algunos servicios mencionados en la Cuadro de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (a veces llamada autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación previa están marcados en la Cuadro de beneficios médicos con dos asteriscos (**).

Otra información importante sobre su cobertura:

- Como todos los planes médicos de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Por algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. En otros, paga *menos*. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual de *Medicare y usted 2027*. Véalo en línea en Medicare.gov o pida una copia llamando

al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- Para los servicios preventivos cubiertos sin costo bajo Medicare Original, también cubrimos esos servicios sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o monitoreo por una condición médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención que recibió para la condición médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier nuevo servicio durante 2027, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.

 La manzana indica cuáles son los servicios preventivos en la Cuadro de beneficios médicos.

Cuadro de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Un ultrasonido de evaluación una sola vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta evaluación si tiene ciertos factores de riesgo y una remisión de su médico, asistente médico (PA), enfermero de práctica avanzada (NP) o especialista en enfermería clínica (CNS).	No hay que pagar coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen médico preventivo.
****Acupuntura para el dolor lumbar crónico: cubierto por Medicare** Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días en las siguientes circunstancias: Para los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • Dura 12 semanas o más • No específico, en que no tiene una causa sistémica identificable (p. ej., no está asociado con ninguna enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.) • No está asociado con operaciones • No está asociado con un embarazo Se cubrirán 8 sesiones adicionales para pacientes que muestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente. Se debe suspender el tratamiento si el paciente no mejora o hay retroceso.	$20 de copago por visita. **Debe usar los proveedores participantes de American Specialty Health (ASH).** ** Se necesita autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Requisitos del proveedor: Los médicos pueden aplicar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales correspondientes. Los asistentes médicos (PA), enfermeros de práctica avanzada (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) y el personal auxiliar pueden aplicar la acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales correspondientes y tienen: • una maestría o doctorado en Acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (p. ej., Puerto Rico) de los Estados Unidos o en el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que aplica la acupuntura debe tener el nivel de supervisión apropiado de un médico, PA o NP/CNS necesario por nuestras reglamentaciones.	
****Acupuntura: no cubierto por Medicare*** Los servicios cubiertos incluyen evaluación y manejo de acupuntura; acupuntura y acupresión; modalidades y procedimientos terapéuticos para el tratamiento del dolor, condiciones musculoesqueléticas y náuseas. Nuestro plan cubre hasta 30 visitas combinadas por año para servicios de acupuntura, quiropráctica y masajes terapéuticos **no cubiertos por Medicare**.* **Tenga en cuenta que estos servicios no se aplican a su máximo de gastos de bolsillo.*	$15 de copago por visita. **Debe usar los proveedores participantes de American Specialty Health (ASH).** ** Se necesita autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
****Servicios de ambulancia** Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede dar atención si se trata de un miembro para cuya condición médica se contraindica cualquier otro medio de transporte (ya que podría poner en peligro la salud de la persona) o está autorizado por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la condición 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.	$250 de copago por transporte en ambulancia terrestre cubierto por Medicare (cada traslado). 20% de coseguro por transporte en ambulancia de ala fija, helicóptero o barco ambulancia (cada traslado). **Se necesita autorización previa para el transporte que no sea emergencia.
Examen físico anual Nuestro plan cubre un examen por año calendario. Durante el examen físico anual, su proveedor de atención primaria (PCP) examinará su cuerpo para determinar si tiene o no algún problema físico. El examen generalmente incluye pruebas como la revisión de los signos vitales; la medición de la estatura, el peso y la presión arterial; y una inspección de su cuerpo. Este examen está cubierto una vez por año calendario. **Nota:** Examen físico de rutina sin relación con el tratamiento ni el diagnóstico de una enfermedad, síntoma, afección o lesión específica.	No hay coseguro, copago ni deducible por un examen físico anual no cubierto por Medicare.
Chequeo Anual de bienestar Si ha tenido la Parte B más de 12 meses, puede tener una visita anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud y factores de riesgo actuales. Este chequeo está cubierto una vez cada 12 meses. **Nota:** La primera visita de bienestar anual no se puede hacer en el período de 12 meses desde su	No hay coaseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual cubierta por Medicare. AZ Blue cubre este beneficio una vez por año calendario.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
visita preventiva de *Bienvenido a Medicare*. Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de *Bienvenido a Medicare* para estar cubierto para las visitas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	
Chequeo de la masa ósea Para las personas calificadas (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluyendo la interpretación de los resultados por un médico.	No hay coseguro, copago, ni deducible para la medida de masa ósea cubierta por Medicare.
Examen de detección de cáncer de seno (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre 35 y 39 años • Una mamografía de evaluación cada 12 meses para las mujeres mayores de 40 años • Exámenes clínicos de las mamas una vez cada 24 meses	No hay coseguro, copago, ni deducible para la mamografía de detección cubierta.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
****Servicios de rehabilitación cardíaca** Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y orientación están cubiertos para los miembros que cumplan ciertas condiciones con la orden de un médico. Nuestro plan cubre programas integrales de rehabilitación cardíaca para los miembros que hayan tenido al menos una de las siguientes condiciones: • Infarto de miocardio en los últimos 12 meses • Cirugía de revascularización coronaria (bypass coronario) • Angina de pecho estable • Reparación o reemplazo de una válvula cardíaca • Angioplastia coronaria (un procedimiento médico utilizado para abrir una arteria obstruida) o colocación de una endoprótesis coronaria (stent) (un procedimiento utilizado para mantener una arteria abierta) • Trasplante de corazón o de corazón y pulmón • Insuficiencia cardíaca crónica estable Limitaciones de la cobertura: Puede recibir hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede recibir 2 sesiones por día (de 1 hora de duración cada una) y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si reúne los requisitos, puede ser elegible para recibir 36 sesiones adicionales que pueden distribuirse durante un período más prolongado.	$35 de copago por visita para servicios de rehabilitación cardíaca por Medicare. **Se necesita autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.
Visita para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular) Cubrimos una visita al año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede hablarle del uso de aspirina (si es apropiado), revisar su presión y darle sugerencias	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de terapia de enfermedades cardiovasculares.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
para asegurarse de que coma de manera saludable.	
Exámenes médicos de enfermedades cardiovasculares Exámenes de sangre para la detección de enfermedad cardiovascular (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible para pruebas de enfermedad cardiovascular que está cubierta una vez cada 5 años.
Chequeo del cáncer cervical y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: • Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses para todas las mujeres • Una prueba de Papanicolaou cada 12 meses si tiene un alto riesgo de cáncer cervical o vaginal, o si está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años	No hay coseguro, copago ni deducible por los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvicos cubiertos por Medicare.
****Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare)** Los servicios cubiertos incluyen: • Solo cubrimos la manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación	$20 de copago por visita para servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare. **Debe usar los proveedores participantes de American Specialty Health (ASH).** **Se necesita autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.
****Servicios quiroprácticos: no cubiertos por Medicare*** Nuestro plan incluye más cobertura para evaluación y manejo, radiografías, terapia de manipulación, modalidades y procedimientos terapéuticos y rehabilitación física para condiciones musculoesqueléticas de la columna vertebral y las extremidades con opciones de tratamiento en la clínica.	$15 de copago por visita. **Debe usar los proveedores participantes de American Specialty Health (ASH).**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Nuestro plan cubre hasta 30 visitas combinadas por año para servicios de acupuntura, quiropráctica y masajes terapéuticos **no cubiertos por Medicare**.* **Tenga en cuenta que estos servicios no se aplican a su máximo de gastos de bolsillo.*	**Se necesita autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.
Chequeo del cáncer colorrectal Están cubiertas las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínima o máxima y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un riesgo alto, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen un riesgo alto de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección anterior. • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes mayores de 45 años que no tienen un riesgo alto de cáncer colorrectal y está cubierta cuando pasaron al menos 59 meses después del mes en que se hizo la última colonografía por tomografía computarizada de detección o pasaron 47 meses después del mes en que se hizo la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, está cubierta una colonografía por tomografía computarizada de detección cuando hayan pasado al menos 23 meses desde el mes en que se hizo la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para pacientes que no están en alto riesgo después de que el paciente tuvo una	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico. En un entorno de paciente ambulatorio en el hospital, usted también le paga al hospital un copago de $325. No se aplica el deducible de la Parte B. $0 copago por una colonoscopia de diagnóstico.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada de detección • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplan criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Si una prueba de detección de cáncer colorrectal basada en heces cubierta por Medicare da un resultado positivo, se hará una colonoscopia de detección de seguimiento. • El examen de detección de cáncer colorrectal incluye una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otra materia, y cualquier otro procedimiento dado en relación con, como resultado de y durante la misma visita clínica que el examen de detección. Uno de los siguientes servicios cada 12 meses: • Análisis de sangre oculta en la materia fecal de guayacol (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) Examen preventivo de cáncer colorrectal basado en ADN cada 3 años Para las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos: • Colonoscopia de detección cada 24 meses Para personas que no están en alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos: • Colonoscopía preventiva cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
siguientes a un sigmoidoscopía preventiva • **Prueba de ADN en heces de objetivo múltiple (Cologuard™):** Esta prueba está cubierta una vez cada 3 años para las personas que cumplen **todas** estas condiciones: • Tienen entre 50 y 85 años • No tienen señales ni síntomas de enfermedad colorrectal incluyendo, entre otros, dolor gastrointestinal bajo, sangre en heces, análisis de sangre oculta en heces con guayacol (gFOBT) positivo o prueba inmunoquímica fecal (FIT) • Están en riesgo promedio de desarrollar cáncer colorrectal, que significa: o No tienen historia personal de pólipos adenomatosos, cáncer colorrectal, enfermedad intestinal inflamatoria, incluyendo la enfermedad de Crohn y colitis ulcerativa o No tienen historia familiar de cáncer colorrectal, pólipos adenomatosos, poliposis adenomatosa familiar, ni cáncer colorrectal hereditario no polipósico	
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la condición médica primaria de una persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales hechas en preparación para el tratamiento de radiación por cáncer que afecta la mandíbula o los exámenes orales previos a un trasplante de órganos. Además, cubrimos:	$10 de copago por servicios dentales integrales cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
***Servicios de prevención** **Exámenes bucales** • Dos (2) evaluaciones periódicas por año calendario, incluyendo un máximo de una evaluación completa cada 36 meses • Un (1) examen de emergencia o centrado en el problema por año calendario • Una (1) evaluación oral detallada y minuciosa – centrada en el problema, por reporte de por vida • Un total de dos (2) evaluaciones por año calendario en cualquier combinación de evaluación periódica, limitada y centrada en un problema, completa, detallada y minuciosa o evaluación periodontal completa • La teleodontología, sincrónica o asincrónica, debe ir acompañada por un procedimiento cubierto **Radiografías dentales** • Radiografías de mordida, dos (2) por año calendario • Radiografías periapicales cuatro (4) por año calendario • Radiografía panorámica o de toda la boca: una (1) por período de cinco años **Profilaxis (limpieza):** • Profilaxis: Dos (2) por año calendario (el mantenimiento periodontal tipo II no cuenta para un máximo de dos limpiezas) **Tratamiento con flúor** • Flúor tópico, uno por año calendario **Servicios básicos**	$10 de copago por visita en el consultorio para todos los servicios no cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Empastes compuestos y de amalgama por diente por superficie cada 24 meses (restauraciones anteriores de superficies mesiolingual, distolingual, mesiobucal y distobucal que se consideran restauraciones de superficie simple) • Incrustaciones inlay y onlay metálicas o de porcelana/cerámicas para un diente con caries minuciosa o fractura que no se puede restaurar con un empaste de amalgama o compuesto. Las incrustaciones inlay y onlay a base de resina se excluyen de la cobertura • Reemplazo de incrustaciones inlay u onlay existente después de 7 años de la restauración que se puso inicialmente o que se reemplazó la última vez • Tratamiento de emergencia para el dolor dental • Extracciones simples • Consulta con un proveedor de atención médica • Aplicación de medicamento desensibilizante	50% de coseguro por cada servicio básico
Servicios integrales	
Servicios de restauración	
Servicios de restauración, limitados a: • Corona de metal fundido o de porcelana/ cerámica para un diente con caries minuciosa o fractura que no se puede restaurar con un empaste de amalgama o compuesto. • Las coronas a base de resina se excluyen de la cobertura. • Reemplazo de corona existente después de 7 años de la restauración que se puso inicialmente o que se reemplazó la última vez	50% de coseguro por cada servicio mayor
Servicios de restauración (continuación) • Coronas de acero inoxidable, una por diente de por vida	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Reconstrucción de muñón, incluyendo cualquier pin cuando sea necesario **Endodoncia** • Terapia de tratamiento de canal (no está cubierta si la cámara de la pulpa se abrió antes de la fecha de inicio de la cobertura), limitado a una por diente de por vida • Revestimiento del esmalte dental – directo (sin incluir la restauración final) • El retratamiento de terapia anterior de tratamiento de canal está cubierto si han pasado más de dos años del tratamiento de canal original. **Periodoncia** • Dos visitas de mantenimiento periodontal después de una operación por año calendario • Un raspado y alisado radicular por cuadrante cada 24 meses • Un desbridamiento de toda la boca de por vida • Aplicación localizada de agentes antimicrobianos • Anestesia general Cobertura limitada según las directrices de cobertura dental de AZ Blue **Prótesis (removible)** • Colocación inicial de dentaduras postizas removibles. • Las dentaduras postizas removibles a base de resina se excluyen de la cobertura. **Prótesis (removible) (continuación)** • Reemplazo de dentaduras postizas removibles o puentes fijos que no se pueden	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
reparar después de siete años desde la fecha de la última colocación • Ajuste de dentaduras postizas completas o parciales según sea necesario • Reparación de la base completa de la dentadura postiza o de la estructura parcial fundida, una vez por arco cada 24 meses. Excluye la reparación de dentaduras postizas parciales de resina para bases maxilares y mandibulares • Reparación o reemplazo de material de sujeción retentivo roto, reemplazo de dientes rotos y adición de dientes o sujeción a una dentadura postiza parcial existente, una vez cada 24 meses • Un realineado de dentaduras postizas removibles existentes (completas o parciales) cada 24 meses • Anestesia general Cobertura limitada según las directrices de cobertura dental de AZ Blue **Prótesis (fija)** • Colocación inicial de puentes fijos. • Los puentes fijos a base de resina e incrustaciones inlay u onlay retenedoras se excluyen de la cobertura. • Reemplazo de puentes fijos que no se pueden reparar después de siete años desde la fecha de la última colocación • Recementación o readherencia de dentaduras parciales fijas después de 12 meses de haberlas insertado y cada 12 meses por diente a partir de entonces **Operación bucal y maxilofacial** • Extracciones quirúrgicas, incluyendo atención posoperatoria para la extracción, restos coronarias, dientes erupcionados que necesitan retirar el hueso o seccionamiento	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
del diente, e incluyendo la elevación del colgajo mucoperióstico si se indica • Extracción de la raíz del diente • Biopsia por incisión del tejido oral – blando • Alveoloplastía junto con extracciones y no junto con extracciones • Incisión y drenaje de abscesos – tejido blando intraoral • Anestesia general Cobertura limitada según las directrices de cobertura dental de AZ Blue Hay un límite **máximo de beneficio de $1,000 por año** calendario para los servicios dentales básicos e integrales **no cubiertos por Medicare**. Una vez que alcance el límite de beneficio de $1,000, el plan no pagará servicios cubiertos adicionales durante el resto del año calendario. Este límite de beneficio de $1,000 **no se aplica** a los servicios preventivos indicados anteriormente. Hay un límite de beneficio de $1,000 por año calendario aplicable a los servicios dentales integrales no cubiertos por Medicare hasta que se alcance el límite máximo de beneficios. No se aplica a los servicios preventivos de Tipo I, como exámenes bucales, radiografías dentales, profilaxis (limpiezas), tratamientos con flúor y otros servicios preventivos generales. La atención fuera de los EE. UU. Y sus territorios está limitada a la atención emergente y necesaria urgentemente. Podemos revisar las solicitudes de pago para garantizar que la atención y los servicios eran necesarios y que se prestaron conforme a la práctica dental generalmente aceptada. La revisión clínica se hace cuando recibimos un reclamo de pago de servicios que ya se prestaron. Puede obtener una copia de nuestras Directrices de revisión de	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
utilización por medio de nuestro sitio web o llamando a Servicios para Miembros. Se considera que se hizo un Gasto elegible en las siguientes fechas: a) Dentaduras postizas – en la fecha en la que se toma la impresión final. B) Puentes fijos, coronas, incrustaciones inlay y onlay – en la fecha en la que se prepararon los dientes inicialmente. C) Terapia de tratamiento de canal – en la fecha en la que se abre la cámara de la pulpa. D) Operación periodontal – en la fecha en la que se hace la operación. E) Todos los demás servicios – en la fecha en la que se hizo el servicio. Si: 1) El Plan determina que puede hacerse un procedimiento, servicio o curso de tratamiento alternativo y menos costoso en lugar del tratamiento propuesto para corregir una condición dental; y 2) el tratamiento alternativo producirá un resultado profesionalmente satisfactorio; entonces, el máximo que permitirá el Plan será el costo del tratamiento menos costoso. La Coordinación de beneficios se utiliza cuando usted tiene más de un plan dental. Estas normas determinan qué plan paga primero y qué plan paga después. Si este plan es su plan secundario, es posible que reduzcamos nuestro pago según lo que ya haya pagado su plan principal. En conjunto, ambos planes no pagarán más que el costo permitido de su servicio dental cubierto. Conforme a la disposición de no duplicación de beneficios, es posible que este plan no pague beneficios adicionales si su plan principal ya ha pagado la misma cantidad o una cantidad mayor que la que este plan habría pagado como plan principal. Si su dentista recomendó servicios y a usted le preocupan la cobertura o los costos, su dentista	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
puede pedirle a AZ Blue un cálculo de tratamiento previo, llamado una “determinación previa”. AZ Blue revisará el tratamiento propuesto por su dentista y le enviará a su dentista la información que explica qué servicios estarán cubiertos y los gastos de bolsillo calculados por estos servicios. Una determinación previa puede ayudarlo a entender mejor lo que estará cubierto y la cantidad que tendrá que pagar. Consulte las Exclusiones y limitaciones de los beneficios dentales en las páginas 116-125. Consulte el Directorio dental 2027 para obtener una lista de dentistas participantes. **Debe utilizar un proveedor participante de Dominion Dental para recibir los servicios dentales cubiertos. El plan no paga los servicios recibidos de proveedores fuera de la red.** **Para verificar si su dentista es un dentista participante de Dominion Dental/AZ Blue o si necesita encontrar un dentista, visite la búsqueda de proveedores en http://www.dominiondentists.com/BCBSArizona.** **Tenga en cuenta que estos servicios no se aplican a su máximo de gastos de bolsillo.*	
Chequeo de depresión Cubrimos un examen médico de depresión al año. El examen médico se debe hacer en un entorno de atención primaria que pueda dar tratamiento de seguimiento o remisiones.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de evaluación de la depresión.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Pruebas de detección de diabetes Cubrimos esta evaluación (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de estos factores de riesgo: presión alta (hipertensión), historia de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o historia de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también se pueden cubrir si cumple otros requisitos como tener sobrepeso y tener historia familiar de diabetes. Puede ser elegible para hasta 2 exámenes de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
Servicios y suministros para capacitación de la autogestión de la diabetes Para todas las personas con diabetes (tanto las que utilizan insulina como las que no la utilizan), los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para monitorear su glucosa en sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lanceta y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores • Para las personas con diabetes que tienen una enfermedad grave del pie diabético: un par por año calendario de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluyendo las plantillas con dichos zapatos) y 2 pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos de profundidad y 3 pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas con dichos zapatos), la cobertura incluye el ajuste • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones	$0 de copago por los suministros para diabéticos, de un **fabricante preferido (Ascensia y Roche)**, para monitorear su glucosa en la sangre con autorización previa. 20% de coseguro por suministros de **fabricante no preferido** para monitorear su glucosa en la sangre con autorización previa. $0 de copago por monitor continuo de glucosa preferido (Freestyle Libre y Dexcom) con autorización previa.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• En general, los productos de marcas alternativas no preferidas no están cubiertos a menos que su médico dé información adecuada de que el uso de una marca alternativa es médicamente necesario en su situación específica. Si es nuevo en nuestro plan y está usando una marca de monitor de glucosa en la sangre y tiras reactivas que no están en la lista de marca preferida, puede comunicarse con nosotros en el plazo de los primeros 90 días de la inscripción al plan para pedir un suministro temporal de la marca alterna no preferida. Durante este tiempo, usted debe hablar con su médico para decidir si algunas de las marcas preferidas de productos son médicamente apropiadas para usted. Los productos de marca no preferidos no estarán cubiertos después de los primeros 90 días de cobertura sin una autorización previa aprobada para una excepción de cobertura	20% de coseguro por monitor continuo de glucosa no preferido con autorización previa. 20% de coseguro por plantillas y zapatos terapéuticos para personas con diabetes que tienen enfermedades de pie diabético. No hay coseguro ni copago por la capacitación para el control de su propia diabetes. Se puede aplicar un copago por consultorio del médico si se prestan otros servicios en el momento de la consulta.
****Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados** (Para obtener una definición de equipo médico duradero, vaya al Capítulo 12 y al Capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para usar en la casa, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si puede pedirlo especialmente para usted. La lista de proveedores más reciente también está en nuestro sitio web en **azblue.com/medicare**.	Su costo compartido por la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es 20% de coseguro. Su costo compartido no cambiará después de que haya estado inscrito durante 36 meses. 20% de coseguro por equipo médico duradero y suministros relacionados. **Para ciertos equipos y suministros se necesita obtener autorización previa. Los proveedores de la red tienen una lista de esos artículos y pedirán la aprobación por usted.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que: • Presta un proveedor calificado para prestar servicios de emergencias • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida del bebé), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente. El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios que recibe fuera de la red es el mismo que cuando recibe estos servicios dentro de la red. La atención de emergencia y los servicios necesarios de urgencia están cubiertos en todo el mundo.	$150 de copago por atención de emergencia. No se cobra el copago si lo ingresan en el hospital el mismo día por la misma condición. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para paciente hospitalizado después de que se haya estabilizado la condición de emergencia, debe recibir la atención de paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red autorizado por nuestro plan y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.
Atención de emergencia: en todo el mundo Cubrimos la atención de emergencia, incluyendo el transporte en ambulancia de emergencia desde el lugar de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano, que necesite mientras viaja fuera de Estados Unidos y sus territorios. (La cobertura en el extranjero puede ser diferente, así que antes de viajar, comuníquese con Servicios para Miembros para obtener información de la cobertura). No hay restricciones de red según este beneficio y no necesita autorización previa de su plan o médico antes de recibir atención. En casos de emergencia,	$150 de copago por la atención de emergencia recibida fuera de Estados Unidos y sus territorios. $150 de copago por los servicios de transporte de emergencia recibida fuera de Estados Unidos y sus territorios. El copago **no se cobra** si lo ingresan en el hospital.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
siempre debe acudir directamente al centro de tratamiento médico más cercano. Si necesita ayuda para buscar un hospital u otro centro de tratamiento médico cuando necesite atención de emergencia fuera de Estados Unidos, el programa Blue Cross Blue Shield Global® Core da acceso de emergencia a hospitales y otros proveedores en todo el mundo. Servicios para Miembros, en conjunto con un profesional médico, coordinará el hospital u otros servicios para tratar su emergencia médica. También puede visitar **www.bcbsglobalcore.com** para encontrar un hospital u otro proveedor. En la mayoría de los casos, si usa el programa Global Core para coordinar la atención en el hospital necesaria, no debería tener que pagar por adelantado la atención en el hospital, excepto los gastos de gastos de bolsillo que normalmente paga (por ejemplo, los costos de los servicios o suministros no cubiertos por el plan, deducibles, copagos y coseguro). El hospital debe presentar el reclamo en su nombre. **Nota:** El transporte desde otro país para regresar a Estados Unidos **no está cubierto** por el plan. Los beneficios por atención de emergencia y atención de urgencia recibida fuera de Estados Unidos y sus territorios están limitados a un **máximo combinado de por vida de $30,000.**	
Programas de educación para la salud y el bienestar Nuestro plan cubre los servicios de acondicionamiento físico de SilverSneakers® sin costo adicional para usted. SilverSneakers puede ayudarle a llevar una vida más saludable y más activa mediante actividades físicas y conexiones sociales. Usted tiene cobertura para recibir los beneficios de acondicionamiento físico de	No hay coseguro ni copago por clases de fitness/gimnasio ni kits de fitness de SilverSneakers®.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
SilverSneakers en ubicaciones participantes[1], donde puede asistir a clases[2] de acondicionamiento físico, utilizar equipos de ejercicio y disfrutar de otras comodidades disponibles. Puede inscribirse en tantas ubicaciones participantes como desee y en cualquier momento. Además, tiene acceso a SilverSneakers LIVE, que ofrece clases grupales de ejercicios en línea dirigidas por instructores especialmente capacitados, siete días a la semana. También tiene acceso a SilverSneakers Community, que le brinda oportunidades para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales en centros recreativos, parques y otros lugares de su comunidad. SilverSneakers también le conecta con una red de apoyo y recursos en línea a través de los videos SilverSneakers On-Demand y la aplicación móvil SilverSneakers GO. Para comenzar, active su cuenta gratuita en línea en SilverSneakers.com. Allí podrá ver su número de identificación de miembro de SilverSneakers y explorar todos los beneficios y recursos que SilverSneakers tiene para ofrecer. Para obtener más información, visite SilverSneakers.com o llame al **1-888-423-4632** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este. **Hable siempre con su médico antes de empezar un programa de ejercicios.** 1. Los centros participantes (“PL”) no son propiedad ni operados por Tivity Health, Inc. o sus afiliadas. El uso de las instalaciones y servicios de los centros participantes se limita a los términos y condiciones de la membresía básica de los PL. Las instalaciones y servicios varían entre un PL y otro. La inclusión de ubicaciones participantes específicas (PLs) no está garantizada. La participación de las ubicaciones participantes puede variar según el plan de salud. 2. La membresía incluye clases de condición física en grupo dirigidas por un instructor SilverSneakers. Algunos centros ofrecen a los miembros otras clases. Las clases varían por centro.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
SilverSneakers es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. © 2026 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.	
Servicios de audición (cubiertos por Medicare) Las evaluaciones de diagnóstico de audición y de equilibrio hechas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.	$20 de copago por visita para servicios de diagnóstico de audición cubiertos por Medicare. Se puede aplicar un copago por consultorio del médico si se prestan otros servicios en el momento de la consulta.
***Servicios de audición (no cubiertos por Medicare)** 1 examen de audición de rutina por oído, por año. Hasta dos aparatos auditivos de la marca TruHearing® por año (uno por oído, por año). El beneficio está limitado a los aparatos auditivos Estándar, Advanced o Premium de TruHearing, los cuales están disponibles en una variedad de estilos y colores. **Los aparatos auditivos Premium también están disponibles con opciones recargables sin costo adicional para usted.** Llame al **1-855-205-5011** para programa una cita (para TTY, marque **711**). La compra de audífonos incluye: • Primer año de visitas de seguimiento con el proveedor • Período de prueba de 60 días • Garantía extendida por 3 años • 80 baterías por audífono (para modelos no recargables) El beneficio no incluye ni cubre lo siguiente:	$0 de copago por exámenes de audición de rutina. $499 de copago por aparato auditivo para aparatos auditivos estándar. $699 de copago por cada aparato Advanced. $999 de copago por cada aparato Premium.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Costo adicional para audífonos con función opcional de recarga • Moldes auriculares • Accesorios para audífonos • Visitas adicionales al proveedor • Baterías adicionales; baterías cuando se compra un audífono recargable • Aparatos auditivos que no sean de marca TruHearing • Costos asociados con reclamos de garantía por pérdidas y daños **Los costos asociados con los artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan.** *TruHearing es una compañía independiente y separada con contrato con AZ Blue para prestar servicios de aparatos auditivos a los miembros de AZ Blue. El programa TruHearing no es una póliza de seguro ni da cobertura de seguro.* **Tenga en cuenta que estos servicios no se aplican a su máximo de gastos de bolsillo.*	
Prueba de VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen un mayor riesgo de contraer una infección por VIH, cubrimos: • Un examen de detección cada 12 meses Si está embarazada, cubrimos: • Hasta 3 exámenes médicos de detección durante un embarazo.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles por pruebas de detección preventivas del VIH cubiertas por Medicare.
****Atención de una agencia de salud en el hogar** Antes de recibir servicios de atención médica en casa, un médico debe certificar que necesita	$20 copago por atención médica en casa.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
servicios de atención médica en casa y ordenará que los servicios de atención médica en casa los preste una agencia de atención médica en casa. Debe estar confinado en su casa, lo que significa que salir de casa implica un esfuerzo mayor. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica en casa, de tiempo parcial o intermitentes (para estar cubiertos según el beneficio de atención médica en casa, sus servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica en casa combinados deben sumar un total de menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos	Puede aplicarse un copago o coseguro separado por servicios prestados en el momento de la consulta. (Vea "*Equipo médico duradero y suministros relacionados"* para obtener más información.) **Se necesita autorización previa para los servicios de atención médica en casa. Los proveedores de la red pedirán por usted la aprobación.
Terapia de infusión en casa La terapia de infusión en casa implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en casa. Los componentes necesarios para hacer una infusión en casa incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluyendo los servicios de enfermería, prestados de acuerdo con nuestro plan de atención • Capacitación y educación al paciente que no estén cubiertas de otra manera según el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo a distancia	20% de coseguro por servicio.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Los servicios de monitoreo para la prestación de la terapia de infusión en casa y los medicamentos para la infusión en casa prestados un proveedor calificado de terapia de infusión en casa	
Cuidados de hospicio Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que le quedan menos de 6 meses de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluyendo los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor • Atención de relevo de corto plazo • Atención en casa Cuando ingresa en un hospicio, tiene derecho a seguir en nuestro plan. Si sigue en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan. **Para los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que están relacionados con su pronóstico terminal:** Medicare Original (en vez de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y Parte B relacionado con su diagnóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Medicare Original por los	Cuando se inscribe en un programa de servicios de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal los paga Medicare Original, no Blue Best Life Select. Las consultas en centro de cuidados paliativos están incluidas como parte de la atención médica de paciente hospitalizado. Para obtener información del costo de los servicios de consulta del centro de cuidados paliativos, vea la sección del cuadro de beneficios *“Servicios del médico/proveedor de atención médica, incluyendo visitas al consultorio del médico”.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
servicios que paga Medicare Original. Se le facturará el costo compartido de Medicare Original. **Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal:** Si necesita servicios que no sean de emergencia y que no sean de urgencia cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no estén relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si usa un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (como cuando se requiere una autorización previa). • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, solo paga la cantidad de costo compartido de nuestro plan por los servicios dentro de la red. • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido de Medicare Original **Por servicios cubiertos por Blue Best Life Select pero no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare:** Blue Best Life Select continuará cubriendo los servicios cubiertos del plan que no están cubiertos por la Parte A o B, ya sea que estén relacionados o no con su diagnóstico terminal. Usted paga la cantidad de costo compartido de nuestro plan por estos servicios. **Para medicamentos que pueden estar cubiertos por nuestro beneficio de la Parte D del plan:** Si estos medicamentos no están relacionados con su condición terminal en el hospicio, usted pagará los costos compartidos. Si están relacionados con su condición terminal en el hospicio, usted pagará los costos compartidos de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, vaya al Capítulo 5, Sección 9.4.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Nota: Si necesita cuidados que no sean de hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (una sola vez) para un enfermo terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.	
Inmunizaciones Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen: • Vacuna de la neumonía • Vacunas de la gripe, una cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, con vacunas adicionales de la gripe, si es médicamente necesario. • Vacunas contra la hepatitis B para las personas que nunca han recibido una serie completa de vacunación, que no conocen su historial de vacunación o que tienen cualquier otra afección que las coloque en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas del COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos la mayoría de las otras vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Vaya al Capítulo 6, Sección 8, para obtener más información.	No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe (influenza), la hepatitis B y la COVID-19. Se puede aplicar un copago por consultorio del médico si se prestan otros servicios en el momento de la consulta.
****Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados** Incluye servicios para condiciones de casos agudos de pacientes hospitalizados, rehabilitación de pacientes hospitalizados, atención en el hospital de largo plazo y otro tipo de servicios de hospital para pacientes hospitalizados. La atención en el hospital para pacientes hospitalizados comienza el día en que lo admiten formalmente en el hospital con una orden médica. El día antes de que lo den de alta es su último día de hospitalización.	Se cobra un costo compartido por cada estancia como paciente hospitalizado. El copago empieza desde el primer día en que ingresa en el hospital y continúa hasta que se haya pagado el costo máximo de gastos de bolsillo, $2,250 por estancia.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Alimentación, incluyendo dietas especiales • Servicios normales de enfermería • Costos de unidades de atención especial (como las unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios) • Medicinas y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos como sillas de ruedas • Costos de las salas de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios de abuso de sustancias de paciente hospitalizado • En ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, haremos los arreglos para que su caso lo revise 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 los servicios de trasplante dentro de la red son fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir obtenerlos localmente siempre que los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si Blue Best Life Select presta servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y elige recibir el trasplante en este lugar, coordinaremos o pagaremos los costos de transportación y alojamiento	Si le dan el alta del hospital y vuelve a ingresar, el costo compartido por día/ hospitalización empieza de nuevo desde el día 1. Días $375 de copago por día Days 7-90: $0 copago por día por cada estancia como paciente hospitalizado, médicamente necesaria y cubierta. $0 de copago por días adicionales. Si recibe atención autorizada como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red después de que se estabiliza su emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. Cuando ingresa en un hospital del plan, puede asignársele un hospitalista para coordinar su atención médica y darle el alta. **Se necesita autorización previa para la atención médica de paciente hospitalizado. Los proveedores de la red pedirán por usted la aprobación.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre: incluido su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y glóbulos rojos concentrados comienza únicamente a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite. Usted debe pagar el costo de las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario o hacer que usted u otra persona done la sangre. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta. • Servicios prestados por un médico **Nota:** Para que se le considere un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para ingresarlo en el hospital formalmente como paciente hospitalizado. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía se lo podría considerar como paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare* disponible en: www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	
****Servicios de paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico** Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de salud mental que necesitan una estancia en el hospital.	El deducible u otros costos compartidos se cobran por cada estancia en el hospital. El copago empieza desde el primer día en que ingresa en el hospital y continúa por 6 días. Si le dan el alta del hospital y vuelve a ingresar, el costo compartido por día/

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Hay un límite de 190 días de por vida por servicios de paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica para los servicios de salud mental a pacientes hospitalizados que se prestan en una unidad psiquiátrica de un hospital general.	hospitalización empieza de nuevo desde el día 1. Días $375 de copago por día Días 7-90: $0 de copago por día. **Se necesita autorización previa para la atención médica de paciente hospitalizado por salud mental. Los proveedores de la red pedirán por usted la aprobación.
****Estancia como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o SNF durante una estancia como paciente hospitalizado no cubierta** Si agotó sus beneficios de paciente hospitalizado o si la estancia como paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, no cubriremos dicha estancia. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios prestados por un médico • Pruebas de diagnóstico (como exámenes de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia con radioisótopos, incluyendo todo el material y servicios del técnico. • Vendajes quirúrgicos • Entablillado, yesos y otros aparatos que se utilizan para reducir las fracturas y dislocaciones • Prótesis y aparatos ortopédicos (aparte de los dentales) que remplazan todo o una parte de un órgano corporal interno (incluyendo el tejido contiguo) o toda o una parte de la función de un órgano corporal interno que ya no funciona o	$0 de copago por visita para servicios del proveedor de atención primaria (PCP). $35 de copago por consulta para los servicios de especialistas. $35 de copago por visita para terapia física, ocupacional o del habla y lenguaje. 20% de coseguro por medicamentos administrados como parte de su plan de atención médica. $0 de copago por sangre (primeras 3 pintas).

Servicio cubierto	Lo que usted paga
que funciona mal, incluyendo el reemplazo o las reparaciones de dichos aparatos • Cabestrillos, collarines, corsés lumbares y aparatos para las piernas, bragueros, y piernas, brazos y ojos artificiales y los ajustes, reparaciones y reemplazos relacionados necesarios por motivo de rompimiento, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente • Terapia física, terapia del habla, y terapia ocupacional	20% de coseguro por cada suministro médico y quirúrgico cubierto por Medicare. $0 de copago de copago por pruebas de laboratorio, excepto las pruebas genéticas, que tienen $35 de copago. $25 de copago por radiografías y otros servicios de radiología que normalmente proporcionan los SNF si se presta en un centro radiológico independiente. $120 de copago por radiografías y otros servicios radiológicos cuando se prestan en cualquier otro entorno. $35 de copago por por visita para ultrasonidos de carótidas y vascular periférico cuando se presta por un proveedor de atención primaria (PCP). $160 de copago por visita para ecografías carotídeas y vasculares periféricas cuando se prestan en cualquier otro entorno. El costo compartido descrito abajo en la sección “Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios”, se aplicará a los servicios de radiología avanzada que se hagan fuera del SNF.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	20% de coseguro por uso de aparatos (equipo médico duradero y suministros relacionados). **Ciertos servicios requieren autorización previa. Los proveedores de la red tienen una lista de esos servicios y pedirán la aprobación por usted.
Terapia médica de nutrición Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedades renales (del riñón) (pero no en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo ordena su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de orientación personalizada durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original) y 2 horas cada año después de eso. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda obtener más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden anualmente si necesita tratamiento el próximo año calendario.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles por los servicios de terapia de nutrición médica cubierta por Medicare.
Programa de Prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) **Los servicios de MDPP están cubiertos para personas elegibles en todos los planes médicos de Medicare.** MDPP es una intervención de cambio de conducta de salud estructurada que ofrece capacitación práctica en un cambio de dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los retos de mantener la pérdida de peso y el estilo de vida saludable.	No hay coseguro, copago, ni deducible para el beneficio de MDPP.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
****Medicamentos de la Parte B de Medicare** **Estos medicamentos están cubiertos de conformidad con la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura de estos medicamentos por medio de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:** • Medicamentos que, generalmente, no se autoadministra el paciente y se inyectan o se dan por infusión mientras se reciben servicios de médico, de paciente ambulatorio del hospital, o de centro de cirugía ambulatoria • Insulina suministrada mediante un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que toma usando equipo médico duradero (como nebulizadores) que nuestro plan autorizó. • El medicamento para Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab), es administra por vía intravenosa. Además de los costos de medicamentos, es posible que necesite escaneos y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento, que podrían sumarse a sus costos totales. Hable con su médico de los escaneos y las pruebas que pueda necesitar como parte de su tratamiento • Factores de coagulación que se inyectan si tiene hemofilia • Medicamentos por trasplantes/ inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos por trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órganos. Deberá tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto, y deberá tener la Parte B en el momento en que obtenga los medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de Medicare Parte D cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para osteoporosis, si usted está confinado a su casa, tiene una fractura de hueso que un médico certifica que estaba relacionada con	20% coseguro para medicamentos con receta de la Parte B de Medicare, incluyendomedicamentos para quimioterapia, excepto insulinacubierta de la Parte B. (Vea abajo para obtener más información sobre la cobertura de insulina). Usted puede pagar menos que 20% de coseguro para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare si el medicamento aparece en la “Lista de medicamentos” con reembolso de Medicare. La lista de medicamentos y el coseguro que debe pagar puede cambiar de un trimestre a otro. La cantidad máxima efectiva de costos compartidos por mes no excederá los $35 por un suministro de un mes de medicamentos de insulina cubiertos por la Parte B de Medicare, con una cantidad de coseguro de 0% - 20%. Se puede aplicar un copago por consultorio del médico si se prestan otros servicios en el momento de la consulta. **Ciertos medicamentos de la Parte B necesitan autorización previa o terapia escalonada. Los proveedores de la red tienen una lista de esos medicamentos y pedirán la aprobación por usted.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
una osteoporosis posterior a la menopausia y no se puede administrar usted mismo el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y si una persona debidamente capacitada (que puede ser usted, el paciente) los administra bajo supervisión adecuada • Ciertos medicamentos por vía oral contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos por vía oral contra el cáncer que se toman por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si es un promedicamento (forma oral de un medicamento que, cuando se consume, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) de un medicamento inyectable. A medida que haya disponibles nuevos medicamentos por vía oral contra el cáncer, es posible que la Parte B los cubra. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí los cubre • Medicamentos por vía oral contra las náuseas: Medicare cubre medicamentos por vía oral contra las náuseas que tome como parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer, si se administran antes, durante o en un plazo de 48 horas de la quimioterapia o si se usan como reemplazo terapéutico total de un medicamento intravenoso contra las náuseas • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare • Medicamentos calcimiméticos y fijadores de fosfato cubiertos bajo el sistema de pago para la ESRD, incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar® • Ciertos medicamentos para diálisis en casa, incluyendo heparina, el antídoto de la heparina si es médicamente necesario, y anestésicos tópicos • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la erythropoietin por medio	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
de inyección si tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras condiciones médicas (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en casa de las enfermedades de inmunodeficiencia primaria • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) Este enlace lo lleva a una lista de los medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: **azblue.com/medicare** También cubrimos algunas vacunas bajo la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. El Capítulo 5 explica nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D, incluyendo las normas que debe seguir para que los medicamentos con receta estén cubiertos. Lo que usted paga por sus medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	
Pruebas y terapia de obesidad para promover una pérdida de peso prolongada Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos orientación intensiva para ayudarlo a perder peso. Esta orientación está cubierta si la recibe en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico o proveedor de atención primaria para obtener más información.	No hay coseguro, copago ni deducible por evaluación de obesidad y terapia preventiva.
Servicios del programa de tratamiento por opioides	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de los servicios para tratar el OUD por medio de un programa de tratamiento por opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) • Suministro y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Orientación por consumo de sustancias • Terapia individual y de grupo • Pruebas de toxicología • Actividades de consumo • Evaluaciones periódicas	$0 de copago por servicios del programa de tratamiento por consumo de opioides.
****Exámenes de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios** Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Radiografías • Radioterapia (radio e isótopos) que incluye suministros y materiales técnicos • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Entablillado, yesos y otros aparatos que se usan para reducir las fracturas y dislocaciones • Exámenes de laboratorio • Sangre: incluso almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos concentrados comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita: debe pagar el costo de las primeras 3 pintas de sangre que obtenga en un año calendario o hacer que usted u otra persona donen la sangre. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos con la primera pinta que se utiliza.	$25 de copago por la mayoría de las radiografías y los ultrasonidos si se presta en un centro radiológico independiente. $120 de copago por radiografías y otros servicios radiológicos cuando se prestan en cualquier otro entorno. $25 de copago por visita para radioterapia cuando se presta en un centro radiológico independiente. $85 de copago por visita para radioterapia cuando se presta

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Pruebas de diagnóstico que no son de laboratorio, como tomografías CT, MRI, EKG y PET cuando su médico u otro proveedor de atención médica las ordene para tratar un problema médico. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias • Ultrasonidos como ecocardiogramas • Servicios de radiología avanzada (CT, MRI, MRA, SPECT, PET)	en cualquier otro entorno. También se puede aplicar un coseguro adicional del 20% si se le inyecta un trazador radiactivo antes de recibir sus servicios de radiología avanzada. Se puede aplicar un 20% de coseguro cuando el radiofármaco usado en la radioterapia no está empaquetado con el tratamiento y se factura por separado. $35 de copago por ultrasonidos de carótidas o vascular periférico cuando se presta por un proveedor de atención primaria (PCP). $160 de copago por visita para ecografías carotídeas y vasculares periféricas cuando se prestan en cualquier otro entorno. $250 de copago por CT, MRI, MRA y SPECT en todos los entornos. $200 de copago por tomografías PET en todos los entornos. $200 de copago por endoscopía virtual con cápsula en todos los entornos. $35 de copago por un electrocardiograma (EKG).

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	$35 de copago por pruebas genéticas. 20% de coseguro por cada suministro médico cubierto por Medicare. $0 de copago por servicios de laboratorio. $100 de copago por procedimientos y pruebas. $35 de copago por visita para servicios de cuidado de heridas. $35 de copago por visita para evaluación de manejo del dolor. $75 de copago por visita para el tratamiento de manejo del dolor. $35 de copago por visita para un estudio de sueño cuando se presta en el hogar. $100 de copago por visita para un estudio del sueño cuando se realiza en un centro. $200 de copago por visita por tratamientos EECP y TTT en todos los entornos. $100 de copago por visita para tratamiento de oxígeno hiperbárico. Se puede aplicar un copago por consultorio del médico si

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	se prestan otros servicios en el momento de la consulta. Si recibe el mismo tipo de servicio en la misma sesión, más de una vez, solo se aplicará un copago. **Se necesita autorización previa para ciertas pruebas y servicios de diagnóstico para paciente ambulatorio. Los proveedores de la red tienen una lista de esos servicios y pedirán la aprobación por usted.
****Observación de pacientes ambulatorios en el hospital** Los servicios de observación son servicios ambulatorios de hospital que se prestan para determinar si es necesario ingresarlo como paciente hospitalizado o si se le puede dar el alta. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos únicamente cuando se prestan por orden de un médico u otra persona autorizada por las leyes estatales de licencias profesionales y los estatutos del personal médico del hospital para admitir pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costos compartidos por los servicios ambulatorios de hospital. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía se lo podría considerar como paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.	$200 de copago por servicios de observación en el hospital como paciente ambulatorio. **Se necesita autorización previa para los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios. Los proveedores de la red pedirán por usted la aprobación.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Obtenga más información en la Hoja informativa de *Beneficios de hospital de Medicare*, disponible en: Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	
****Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios** Cubrimos los servicios médicamente necesarios que reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Exámenes de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturados por el hospital • Atención de salud mental, incluyendo la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado sería necesario sin eso • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como entablillados y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted mismo no se puede dar **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costos compartidos por los servicios ambulatorios de hospital. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía se lo podría considerar como paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.	$150 de copago por servicios en el departamento de emergencias. No se cobra el costo compartido si lo ingresan en el hospital en el transcurso de un día por la misma condición (vea *Atención de emergencia* para obtener más información). $325 de copago por visita para operación o un procedimiento ambulatorio. Para saber los costos asociados con servicios de laboratorio, pruebas de diagnóstico, radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital, consulte la sección del cuadro de beneficios, *Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios*. 20% de coseguro por cada suministro médico cubierto por Medicare. $35 de copago por visita individual o en grupo para atención de salud mental como paciente ambulatorio. 20% de coseguro por visita para servicios de terapia

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	intravenosa o transfusión (se calculará un costo compartido separado por los medicamentos). 20% de coseguro por visita para infusión de quimioterapia (se calculará un costo compartido separado por los medicamentos). 20% de coseguro por medicamentos y productos biológicos que usted no se puede dar. $100 de copago por visita para tratamiento de oxígeno hiperbárico. **Se necesita autorización previa para ciertos medicamentos, productos biológicos y todas las operaciones para paciente ambulatorio. Los proveedores de la red tienen una lista de esos procedimientos y pedirán la aprobación por usted.
Atención de salud mental de pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Los servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, un psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermero clínico especializado, consejero profesional autorizado (LPC), terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT), enfermero de práctica avanzada (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales pertinentes.	$35 de copago por visita individual o en grupo para atención de salud mental como paciente ambulatorio . No se necesita remisión del PCP para consultar a un proveedor de la red.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Terapia individual y de grupo.	
****Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios** Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje. Los servicios de rehabilitación de paciente ambulatorio se dan en diversos entornos de paciente ambulatorio, como departamentos ambulatorios de hospital, oficinas de terapeutas independientes, y Clínicas de rehabilitación exhaustiva de paciente ambulatorio (CORF).	$35 copayment per Medicare-covered visit for physical, occupational, or speech therapy services. Si recibe el mismo tipo de servicio en la misma sesión, más de una vez, solo se aplicará un copago. **Se necesita autorización previa para los servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio. Los proveedores de la red pedirán por usted la aprobación.
Servicios ambulatorios para trastornos por uso de sustancias Nuestra cobertura es la misma que Medicare Original, que es cobertura por servicios prestados a pacientes en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital a los que, por ejemplo, se les dio el alta después de una estancia como paciente hospitalizado por tratamiento de abuso de sustancias o que necesitan tratamiento, pero no la disponibilidad e intensidad de servicios que solo se prestan en una hospitalización. La cobertura disponible para esos servicios está sujeta a las mismas normas que se aplican generalmente a la cobertura de servicios hospitalarios para paciente ambulatorio. Los servicios dados por un psiquiatra o médico certificado por el estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un enfermero clínico especializado, un enfermero especializado, un ayudante de médico, u otro profesional de atención	$35 de copago por visita individual o en grupo para servicios por abuso de sustancias como paciente ambulatorio. No se necesita remisión del PCP.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
de salud calificado por Medicare, según lo permiten las leyes estatales pertinentes. Los servicios cubiertos incluyen: Evaluación del paciente, resultados y tratamiento por trastornos relacionados con consumo de sustancias por un proveedor elegible de Medicare para determinar rápidamente la gravedad del consumo de sustancias e identificar el nivel de tratamiento adecuado.	
****Cirugía de paciente ambulatorio, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios** **Nota:** Si le van a hacer una operación en un hospital, debe consultar con su proveedor si será como paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor ordene por escrito que lo admitan en el hospital como paciente hospitalizado, usted será considerado como un paciente ambulatorio y pagará las cantidades de los costos compartidos para la cirugía ambulatoria. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía se lo podría considerar como paciente ambulatorio.	$325 de copago por visita para una operación como paciente ambulatorio, cubierta por Medicare en centro de un hospital. $300 de copago por visita para una cirugía o procedimiento ambulatorio en un centro de cirugía ambulatoria (ASC). **Se necesita autorización previa para la operación como paciente ambulatorio. Los proveedores de la red pedirán por usted la aprobación.
****Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos** La *hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se da como un servicio ambulatorio en el hospital o por medio de un centro comunitario de salud	$100 de copago por visita para servicios de hospitalización parcial.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
mental, que es más intensivo que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado, y es una alternativa a la hospitalización. El *servicio intensivo ambulatorio* es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) que se da en el departamento ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro médico calificado a nivel federal o una clínica de salud rural, que es más intensivo que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado, pero menos intensivo que la hospitalización parcial. **Nota:** Debido a que no hay centros comunitarios de salud mental en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio ambulatorio de hospital.	**Se necesita autorización previa para los servicios de hospitalización parcial. Los proveedores de la red pedirán por usted la aprobación.
****Servicios de médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico** Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios quirúrgicos o de atención médica que son médicamente necesarios y que recibe en el consultorio de un médico, centro de cirugía ambulatoria certificado, departamento ambulatorio del hospital o cualquier otro lugar • Consulta, diagnóstico y tratamiento de un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio hechos por su especialista, si su médico los ordena para saber si necesita tratamiento médico • Servicios de telesalud específicos, incluidos los servicios prestados por proveedores de atención primaria (PCP) y especialistas; sesiones individuales o grupales para	$325 de copago por visita en el hospital para operación ambulatoria. $300 de copago por visita para una cirugía o procedimiento ambulatorio en un centro de cirugía ambulatoria (ASC). $0 de copago por visita con su proveedor de atención primaria (PCP). $35 de copago por visita con un especialista.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
servicios especializados de salud mental y servicios psiquiátricos; sesiones individuales o grupales para el tratamiento ambulatorio del trastorno por consumo de sustancias; servicios necesarios de urgencia; y cuidado de heridas. o Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios mediante telesalud, deberá utilizar un proveedor de la red que ofrezca los servicios por telesalud. o Puede utilizar un teléfono, una computadora, una tableta u otra tecnología de video. • Algunos servicios de telesalud, incluidos la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico u otro profesional de la salud, para pacientes en determinadas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare • Servicios de telesalud por visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal para los miembros con diálisis en casa, en un centro de diálisis renal en un hospital o centro de diálisis renal en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o en la casa del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un derrame cerebral, independientemente de dónde se encuentre • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o trastornos de salud mental simultáneos, independientemente de dónde estén • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental • Servicios de telesalud para visitas de salud mental prestados por clínicas médicas	Algunos ejemplos de especialistas son: oncólogo, cardiólogo, ortopedista, podólogo. **Nota:** los servicios cubiertos prestados por un proveedor de audición, un proveedor de la vista, un quiropráctico, un acupunturista o el tratamiento para el manejo del dolor pueden tener copagos separados que son diferentes a los copagos de otros especialistas.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
rurales y centros médicos calificados a nivel federal • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su médico por 5 a 10 minutos, **si**: o No es paciente nuevo **y** o La consulta no está relacionada con una visita en el consultorio en los últimos 7 días **y** o La consulta no lleva a una visita en el consultorio en el plazo de 24 horas ni en la fecha más próxima disponible para cita • Evaluación de video o imágenes que le envíe a su médico y la interpretación y el seguimiento de su médico en el plazo de 24 horas, **si**: o No es paciente nuevo **y** o La evaluación no se relaciona con una visita en la clínica en los últimos 7 días **y** o La evaluación no lleva a una visita en la clínica en el plazo de 24 horas o la fecha más próxima disponible para cita • Consultas de su médico con otros médicos por teléfono, Internet o expediente médico electrónico • Segunda opinión de otro proveedor dentro de la red antes de la operación • Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la operación de la mandíbula o estructuras relacionadas, reparar fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos cuando los presta un médico)	$10 por atención dental que no es de rutina (cubierta por Medicare). Si se prestan otros servicios médicos o medicamentos cubiertos durante la consulta, puede haber un costo compartido aparte por esos artículos. **Ciertos procedimientos y servicios ambulatorios necesitan autorización previa. Los proveedores de la red tienen una lista de esos procedimientos y pedirán la aprobación por usted.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
****Servicios de podología** Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo) • Cuidado de rutina para los pies para los miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores	$35 de copago por visita para servicios de podología cubiertos por Medicare. **Se necesita autorización previa para los servicios de podiatría. Los proveedores de la red solicitarán la aprobación para usted.
Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamento de PrEP oral o inyectable aprobado por la FDA, incluida la administración de la inyección del medicamento, si corresponde. • Hasta 8 sesiones de orientación individual (incluida la evaluación del riesgo del VIH, la reducción del riesgo del VIH y el cumplimiento del tratamiento) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. • Un examen único del virus de la hepatitis B.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Pruebas de diagnóstico del cáncer de próstata Para los hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses: • Examen rectal digital • Prueba de antígeno prostático específico (PSA)	No hay coseguro, copago ni deducible por una prueba anual de PSA.
****Prótesis y aparatos ortopédicos y suministros relacionados** Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, las pruebas, adaptación o capacitación para el uso de dispositivos protésicos y ortésicos; así como bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, así como la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos y ortésicos. También incluye cierta cobertura después de la extracción o cirugía de cataratas; consulte *Atención de la vista* más adelante en esta tabla para obtener más información.	20% de coseguro por aparatos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare. **Se necesita autorización previa para ciertos aparatos y suministros. Los proveedores de la red tienen una lista de esos aparatos y pedirán la aprobación por usted.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
****Servicios de rehabilitación pulmonar** Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tienen una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) entre moderada y muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar del médico que está tratando la enfermedad respiratoria crónica.	$35 de copago por visita para servicios de rehabilitación pulmonar. **Se necesita autorización previa para los servicios de rehabilitación pulmonar. Los proveedores de la red pedirán por usted la aprobación.
Detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol Cubrimos una evaluación de abuso de alcohol para adultos (incluyendo mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no dependen del alcohol. Si su prueba de abuso de alcohol da positivo, puede recibir hasta 4 sesiones breves de orientación en persona por año (si usted es competente y está alerta durante la asesoría) con un médico o proveedor de atención primaria en un entorno de atención primaria.	No hay coseguro, copago ni deducible por el examen médico cubierto por Medicare y orientación por el beneficio preventivo para disminuir el abuso de alcohol.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Examen médico de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas calificadas, un LDCT está cubierto cada 12 meses. **Los miembros elegibles son** personas de 50 a 77 años que no tienen señales ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen una historia de tabaquismo de al menos 20 paquetes-año y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden para LDCT durante una visita de orientación y toma de decisiones compartida para el examen médico de detección de cáncer de pulmón que cumple los criterios de Medicare para dichas visitas y que la dé un médico o un proveedor que no sea médico calificado. *En el caso de los exámenes médicos de detección de cáncer de pulmón con LDCT después del examen médico de detección inicial con LDCT:* los miembros deben obtener una orden para el examen de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que se puede dar durante cualquier visita apropiada con un médico o un profesional que no sea médico calificado. Si un médico o un proveedor de atención no médico calificado elige dar una visita de orientación sobre el examen médico de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas para los siguientes exámenes médicos de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para dichas visitas.	No hay coseguro, copago ni deducible para consulta de orientación y toma de decisión compartida cubierta por Medicare o para la LDCT.
Examen médico de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos un examen médico de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado solicita uno y usted cumple una de estas condiciones:	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen médico del virus de la hepatitis C cubierto por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Tiene un alto riesgo porque usa o usó drogas ilícitas inyectables. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945-1965. Si nació entre 1945-1965 y no se le considera de alto riesgo, cubrimos un examen médico una sola vez. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, si ha seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su último examen médico de hepatitis C con resultado negativo), cubrimos exámenes médicos anuales.	
Cubrimos infección de transmisión sexual (STI) exámenes para detectar la clamidia, la gonorrea, la sífilis y la hepatitis B Cubrimos pruebas de detección de las enfermedades de transmisión sexual (STI) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para mujeres embarazadas y para ciertas personas con más riesgo de STI cuando las pruebas las ordena un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones de 20 a 30 minutos de orientación conductual de alta intensidad, en persona, cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer STI. Solo cubrimos estas sesiones de orientación como un servicio preventivo si las da un proveedor de atención primaria y se hacen en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.	No hay coseguro, copago ni deducible por la prueba médica cubierta por Medicare para las STI y orientación por el beneficio preventivo de STI.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
****Servicios para tratar la enfermedad renal** Los servicios para tratar la enfermedad renal y los servicios de diálisis incluyen: • Servicios de educación de enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV cuando los remite su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre enfermedad renal de por vida • Tratamientos de diálisis ambulatorios (incluyendo los tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o esté inaccesible temporalmente) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si lo admiten como paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial) • Capacitación para diálisis por usted mismo (incluye la capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en casa) • Equipo y suministros para diálisis en casa • Ciertos servicios de apoyo en casa (como visitas de trabajadores de diálisis capacitados para revisar la diálisis en casa, para ayudar en emergencias y para revisar el equipo de diálisis y suministro de agua cuando sea necesario) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, vaya a **Medicamentos de la Parte B de Medicare** en esta tabla**.**	$0 de copago por visita para servicios de información para enfermedades de los riñones. 20% de coseguro por visita para tratamientos/servicios de diálisis ambulatorios (en casa o en centro). 20% de coseguro por equipo y suministros de diálisis. Si lo ingresan en el hospital para recibir tratamientos de diálisis como paciente hospitalizado, consulte la sección *Atención en el hospital como paciente hospitalizado* de la tabla de beneficios para obtener información sobre los costos compartidos. Si se prestan otros servicios médicos o medicamentos cubiertos durante la consulta, puede haber un costo compartido aparte por esos artículos. **Para ciertos equipos y suministros se necesita obtener autorización previa. Los proveedores de la red tienen una lista de esos aparatos y pedirán la aprobación por usted.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
****Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)** (Para obtener una definición de atención en un centro de enfermería especializada, vaya al Capítulo 12. Los centros de enfermería especializada se llaman a veces SNF). La cobertura está limitada a 100 días por período de beneficios. No se necesita hospitalización previa para la cobertura de atención en un Centro de enfermería especializada. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comida, incluyendo dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte de nuestro plan de atención. (Esto incluye sustancias que se encuentran en forma natural en el cuerpo, tales como factores de coagulación) • Sangre: incluso almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos empacados comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite; debe pagar el costo de las primeras 3 pintas de sangre que obtenga en un año calendario o hacer que usted u otra persona donen la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta utilizada • Suministros médicos y quirúrgicos que normalmente dan los SNF • Exámenes de laboratorio que generalmente dan los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que normalmente dan los SNF • Uso de aparatos como sillas de ruedas que normalmente dan los SNF	Días 1-20: $0 copago por día. Días 21-100: $218 copago por día. Un período de beneficios comienza el día en que ingresa a un SNF y termina cuando no recibió atención en un SNF durante 60 días seguidos. Si lo ingresan en un SNF después de que haya terminado el período de beneficios, empieza un nuevo período de beneficios. No hay límite para el número de períodos de beneficios que puede tener. Cuando ingresa en un SNF del plan, puede asignársele un hospitalista para coordinar su atención médica y darle el alta.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Servicios de un médico/proveedor de atención primaria Por lo general, recibe atención de SNF de los centros de la red. Bajo ciertas condiciones que se indican abajo, es posible que pueda pagar los costos compartidos dentro de la red para un centro que no es un proveedor dentro de la red, si el centro acepta las cantidades de pago de nuestro plan. • Un centro de atención residencial o una comunidad de jubilación de atención continua donde vivía inmediatamente antes de ir al hospital (siempre que ofrezca atención de centro de enfermería especializada). • Una SNF donde su cónyuge viva en el momento que salga usted del hospital.	**Se necesita autorización previa para **ciertos aparatos y suministros**. Su proveedor tiene una lista de esos aparatos y pedirá la aprobación por usted. **Se necesita autorización previa para **la atención médica en un centro de enfermería especializada**. Los proveedores de la red pedirán por usted la aprobación.
Eliminación del uso del tabaco (consejos para dejar de fumar y usar tabaco) La orientación para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierta para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplen estos criterios: • Consumen tabaco, independientemente de si tienen signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco • Son competentes y están alertas durante la orientación • Un médico calificado u otro proveedor de atención reconocido por Medicare da la orientación Cubrimos 2 intentos de dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente recibe hasta 8 sesiones por año.	No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
****Terapia de ejercicio supervisada (SET)** SET está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) y una remisión por PAD del médico responsable del tratamiento de PAD. Están cubiertas hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe: • Estar compuesto por sesiones de 30-60 minutos de duración, que comprendan un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicio por PAD en pacientes con claudicación. • Hacerse en un centro hospitalario ambulatorio o en el consultorio del médico. • Hacerlo personal auxiliar calificado necesario para asegurarse de que los beneficios superen los daños y capacitado en terapia de ejercicios por PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico (PA) o enfermero de práctica (NP)/avanzada especialista en enfermería clínica (CNS) que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. SET puede estar cubierto después de las 36 sesiones en 12 semanas por 36 sesiones más en un período de tiempo extendido si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	$30 de copago por sesión de terapia. **Se necesita autorización previa para los servicios de terapia de ejercicio supervisada (SET). Los proveedores de la red pedirán por usted la aprobación.
****Servicios de masaje terapéutico: no cubiertos por Medicare** Nuestro plan incluye cobertura para servicios de masajes terapéuticos en clínicas para el tratamiento de condiciones y lesiones miofasciales y dolor musculoesquelético.	$15 de copago por visita.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Información del proveedor: Los servicios cubiertos pueden ser prestados por proveedores autorizados de servicios de masaje terapéutico, incluyendo masajistas y fisioterapeutas autorizados. Usamos una amplia gama de tipos de proveedores para prestar servicios de masaje terapéutico. Nuestro plan cubre hasta 30 visitas combinadas por año para servicios de acupuntura, quiropráctica y masajes terapéuticos **no cubiertos por Medicare**.* **Tenga en cuenta que estos servicios no se aplican a su máximo de gastos de bolsillo.*	**Debe usar los proveedores participantes de American Specialty Health (ASH).** **Se necesita autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.
‡Servicios necesarios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que necesita atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio que se necesita con urgencia si está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o incluso si está dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias para obtener este servicio de los proveedores dentro de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios que se necesitan con urgencia y solo cobrarle costos compartidos dentro de la red. Los ejemplos de servicios necesarios de urgencia incluyen enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbación imprevista de condiciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran urgentes, incluso si está fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente. La atención de emergencia y los servicios necesarios de urgencia están cubiertos en todo el mundo.	$50 de copago por visita para atención necesaria de urgencia. ‡Si hay otras pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos, suministros o medicamentos para paciente ambulatorio durante o como seguimiento de servicios necesarios de urgencia, se aplicará un costo compartido separado por esos artículos.
Servicios necesarios de urgencia: en todo el mundo	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cubrimos los servicios necesarios de urgencia que necesita mientras viaja fuera de Estados Unidos y sus territorios. (La cobertura en el extranjero puede ser diferente, así que antes de viajar, comuníquese con Servicios para Miembros para obtener información de la cobertura). No hay restricciones de red según este beneficio y no necesita autorización previa de su plan o médico antes de recibir atención. Si necesita ayuda para encontrar un hospital, médico u otro proveedor cuando necesita atención necesaria de urgencia fuera de Estados Unidos, el programa Blue Cross Blue Shield Global® Core da acceso urgente a proveedores de todo el mundo. Servicios para Miembros, junto con un profesional médico, coordinará los servicios de un hospital, un médico u otro proveedor para prestarle los servicios necesarios de urgencia. También puede visitar **www.bcbsglobalcore.com** para encontrar un médico, hospital u otro proveedor de atención médica. En la mayoría de los casos, si usa el programa Global Core para coordinar la atención en el hospital necesaria, no debería tener que pagar por adelantado la atención en el hospital, excepto los gastos de bolsillo que normalmente paga (por ejemplo, los costos de los servicios o suministros no cubiertos por el plan, deducibles, copagos y coseguro). El hospital debe presentar el reclamo en su nombre. Los beneficios por atención de emergencia y atención de urgencia recibida fuera de Estados Unidos y sus territorios están limitados a un **máximo combinado de por vida de $30,000.**	$150 de copago por servicios necesarios de urgencia de emergencia recibidos fuera de Estados Unidos y sus territorios. El copago **no se cobra** si lo ingresan en el hospital.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de la vista (cubierta por Medicare) Los servicios cubiertos incluyen: • Los servicios prestados por un médico para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluyendo el tratamiento para la degeneración de la mácula, relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción ocular) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas que tienen un alto riesgo de glaucoma, cubrimos una evaluación de glaucoma cada año. Las personas que tienen un alto riesgo de glaucoma incluyen: las personas con un historial familiar de glaucoma, personas con diabetes y afroamericanos mayores de 50 años e hispanos mayores de 65 años • Para personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. (Si se le hacen 2 operaciones distintas de cataratas, no puede reservar el beneficio después de la primera operación para comprar 2 anteojos después de la segunda operación)	$0 - $20 de copago por visita con un oftalmólogo u optometrista para atención de la vista cubierta por Medicare. $0 de copago por visita para un examen médico de glaucoma y retinopatía diabética cubierta por Medicare. Se aplicarán otros copagos/ coseguros si se prestan varios servicios que se pueden facturar por separado durante la misma visita. 20% coinsurance por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de catarata que incluye la inserción de un lente artificial conocido como lente intraocular. 20% coinsurance de coseguro por lentes correctivos/monturas después de eliminación de cada catarata sin implante de lente. Refracción no está cubierto La cobertura de anteojos está limitada a un par básico de montura y lentes. Las mejoras (tintes, lentes resistentes a rayones y monturas de diseñador) no están cubiertas.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de la vista (no cubierta por Medicare)*	
Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de la vista de rutina, incluyendo exámenes no médicos de la vista, sin que haya ninguna condición médica ni síntomas, que hagan proveedores de Davis Vision para hacer un chequeo, detectar enfermedades de los ojos o renovar las recetas de anteojos o de lentes de contacto. • La colección exclusiva de lentes de contacto Davis Vision está disponible con proveedores participantes. • La cobertura de anteojos está limitada a un par básico de monturas o lentes de contacto. **Tenga en cuenta que estos servicios no se aplican a su máximo de gastos de bolsillo.*	$0 de copago por un examen de la vista de rutina con un proveedor de Davis Vision. Se aplicarán otros copagos/ coseguros si se prestan varios servicios que se pueden facturar por separado durante la misma visita. $200 de asignación anual para una compra única de anteojos para monturas/estándar o lentes de contacto por medio de un proveedor de Davis Vision. La cobertura de anteojos está limitada a un par básico de monturas y lentes. Las mejoras (tintes, lentes resistentes a rayones y monturas de diseñador) no están cubiertas. **Para los servicios de la vista se debe usar un proveedor de Davis Vision.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Visita preventiva de Bienvenido a Medicare Nuestro plan cubre la visita preventiva única de *Bienvenido a Medicare*. La visita incluye una revisión de su salud, y educación y orientación sobre los servicios preventivos que necesite (incluyendo ciertos exámenes médicos y vacunas) y remisiones para otra atención, si es necesario. **Importante:** Cubrimos la visita preventiva de *Bienvenido a Medicare* solamente durante los primeros 12 meses que tiene la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, dígale al consultorio de su médico que quiere hacer una cita para su visita preventiva de *Bienvenido a Medicare*.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de Bienvenido a Medicare.

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

Esta sección le indica qué servicios están *excluidos* de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

La tabla de abajo menciona los servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna circunstancia o que están cubiertos solo en circunstancias específicas.

Si obtiene servicios que están excluidos (no están cubiertos), usted deberá pagarlos excepto en las condiciones específicas de la lista de abajo. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos aún no están cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se apeló el servicio y se decidió: después de la apelación que era un servicio médico que debimos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado para no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3).

Servicios que Medicare no cubre	Están cubiertos solo en condiciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor crónico de espalda baja en ciertas circunstancias.

Servicios que Medicare no cubre	Están cubiertos solo en condiciones específicas
Cirugía o procedimientos cosméticos	Cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar la función de una parte malformada del cuerpo. Están cubiertas todas las etapas de reconstrucción del seno después de la mastectomía y también del seno no afectado para producir una apariencia simétrica.
Atención de apoyo El cuidado de compañía es la atención personal que no necesita atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como atención para ayudarlo con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.	No están cubiertos en ningún caso
Procedimientos experimentales médicos y quirúrgicos, equipo y medicamentos Los elementos y procedimientos experimentales son aquellos que Medicare Original ha determinado que, por lo general, no cuentan con la aceptación de la comunidad médica.	Medicare Original los puede cubrir en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. (Vaya al Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica)
Cargos por atención hechos por sus familiares inmediatos o miembros de su grupo familiar	No están cubiertos en ningún caso
Atención de enfermería de tiempo completo en su casa	No están cubiertos en ningún caso
Comidas entregadas a domicilio	No están cubiertas en ningún caso
Servicios de atención médica en el hogar	Medicare cubre la atención de enfermería especializada médicamente necesaria a tiempo parcial o de manera intermitente.

Servicios que Medicare no cubre	Están cubiertos solo en condiciones específicas
Los servicios de ama de casa incluyen ayuda básica en casa, incluyendo limpieza básica de la casa o preparación de comidas ligeras	No están cubiertos en ningún caso
Servicios de naturopatía (usan tratamientos naturales o alternativos)	No están cubiertos en ningún caso
Atención dental que no sea de rutina	La atención dental necesaria para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención para paciente hospitalizado o ambulatorio.
Zapatos ortopédicos o aparatos de apoyo para los pies	Zapatos que forman parte de una prótesis de pierna y están incluidos en el costo de la prótesis. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
Artículos personales en su habitación de un hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o televisor	No están cubiertos en ningún caso
Habitación privada en un hospital	Cubierta solo cuando sea médicamente necesaria
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos sin receta médica	No están cubiertos en ningún caso
Atención quiropráctica de rutina	Está cubierta la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas	No está cubierta en ningún caso
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la vista deficiente	Un par de anteojos con monturas estándar (o un juego de lentes de contacto) está cubierto después de cada cirugía de cataratas en la que se implanta una lente intraocular.

Servicios que Medicare no cubre	Están cubiertos solo en condiciones específicas
Atención de rutina de los pies	Se proporciona cierta cobertura limitada de acuerdo con las directrices de Medicare (p. ej., si tiene diabetes).
Exámenes auditivos de rutina, aparatos auditivos o exámenes para adaptar aparatos auditivos	Medicare cubre los exámenes auditivos de diagnóstico y los exámenes de equilibrio si los ordena un médico. Limitado a los aparatos auditivos Advanced o Premium de TruHearing (uno por oído, por año). **Debe consultar a un proveedor de TruHearing para usar este beneficio.**
Servicios que se considera que no son razonables ni necesarios, según los estándares de Medicare Original	No están cubiertos en ningún caso

Exclusiones y limitaciones de los beneficios dentales:

Servicios cubiertos tipo I		
Código	**Descripción de los servicios**	**Directrices**
	Diagnóstico	
D0120 D0140 D0150 D0160 D0180	Evaluación oral periódica - paciente establecido Evaluación oral limitada - centrada en un problema Evaluación oral completa - paciente nuevo o establecido Evaluación oral detallada y minuciosa - centrada en el problema, por reporte Evaluación periodontal completa - paciente nuevo o establecido	Dos exámenes en total por año calendario en cualquier combinación de D0120, D0140, D0150, D0160 o D0180.
	Radiografías (radiografías dentales)	
D0210 D0330	Intraoral - series completa de radiografías Imagen radiográfica panorámica	Uno de D0210 o D0330 cada 60 meses

D0220 D0230	Intraoral - primera radiografía periapical Intraoral - cada radiografía periapical adicional	Cuatro por año calendario
D0270 D0272 D0273 D0274 D0277	Radiografía de mordida - una radiografía Radiografía de mordida - dos radiografías Radiografía de mordida - tres radiografías Radiografía de mordida - cuatro radiografías Radiografía de mordida vertical - 7 a 8 radiografías	Dos por año calendario
	Limpiezas	
D1110	Profilaxis - adulto	Dos por año calendario (el mantenimiento periodontal tipo II no cuenta para el máximo de dos limpiezas)
	Flúor	
D1206 D1208	Aplicación tópica de esmalte con flúor Aplicación tópica de flúor - sin incluir el esmalte	Uno por año calendario
	Preventivo general	
D1310	Orientación nutricional para el control de enfermedades dentales	
D1354	Aplicación de medicamento para detener las caries - por diente	Uno por diente de por vida
D9995 D9996	Teleodontología - sincrónico; encuentro en tiempo real Teleodontología - asincrónico; información almacenada y enviada al dentista para su revisión posterior	Debe ir acompañado de un procedimiento cubierto
Servicios básicos tipo II		
Código	**Descripción de los servicios**	**Directrices**
	Restaurativo básico (empastes)	
D2140	Amalgama - una superficie, primaria o permanente	Uno por diente por superficie cada 24 meses
D2150	Amalgama - dos superficies, primarias o permanentes	Uno por diente por superficie cada 24 meses
D2160	Amalgama - tres superficies, primarias o permanentes	Uno por diente por superficie cada 24 meses
D2161	Amalgama - cuatro superficies o más, primarias o permanentes	Uno por diente por superficie cada 24 meses

D2330	Compuesto a base de resina - una superficie, anterior	Uno por diente por superficie cada 24 meses
D2331	Compuesto a base de resina - dos superficies, anteriores	Uno por diente por superficie cada 24 meses
D2332	Compuesto a base de resina - tres superficies, anteriores	Uno por diente por superficie cada 24 meses
D2335	Compuesto a base de resina - cuatro superficies o más (anteriores)	Uno por diente por superficie cada 24 meses
D2390	Corona compuesta a base de resina, anterior	Uno por diente cada 7 años
D2391	Compuesto a base de resina - una superficie, posterior	Uno por diente por superficie cada 24 meses
D2392	Compuesto a base de resina - dos superficies, posteriores	Uno por diente por superficie cada 24 meses
D2393	Compuesto a base de resina - tres superficies, posteriores	Uno por diente por superficie cada 24 meses
D2394	Compuesto a base de resina - cuatro superficies o más, posteriores	Uno por diente por superficie cada 24 meses
	Restauraciones de incrustaciones inlay/onlay	
D2510	Incrustación inlay - metálica, una superficie	Uno por diente cada 7 años
D2520	Incrustación inlay - metálica, dos superficies	Uno por diente cada 7 años
D2530	Incrustación inlay - metálica, tres superficies o más	Uno por diente cada 7 años
D2542	Incrustación onlay - metálico, dos superficies	Uno por diente cada 7 años
D2543	Incrustación onlay - metálico, tres superficies	Uno por diente cada 7 años
D2544	Incrustación onlay - metálico, cuatro superficies o más	Uno por diente cada 7 años
D2610	Incrustación inlay - porcelana/cerámica, una superficie	Uno por diente cada 7 años
D2620	Incrustación inlay - porcelana/cerámica, dos superficies	Uno por diente cada 7 años
D2630	Incrustación inlay - porcelana/cerámica, tres superficies o más	Uno por diente cada 7 años
D2642	Incrustación onlay - porcelana/cerámica, dos superficies	Uno por diente cada 7 años
D2643	Incrustación onlay - porcelana/cerámica, tres superficies	Uno por diente cada 7 años

D2644	Incrustación onlay - porcelana/cerámica, cuatro superficies o más	Uno por diente cada 7 años
	Tratamiento paliativo	
D9110	Tratamiento paliativo del dolor dental - por visita	No se permite con ningún procedimiento que no sea el examen y las radiografías
	Servicios de sedación/anestesia	
D9222	Sedación profunda/anestesia general - los primeros 15 minutos	Uno por fecha de servicio y junto con la cirugía bucal o cirugía periodontal cubierta
D9223	Sedación profunda/anestesia general - cada incremento subsiguiente de 15 minutos	Uno por fecha de servicio y junto con la cirugía bucal o cirugía periodontal cubierta
D9230	Inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiolíticos	Uno por fecha de servicio y junto con la cirugía bucal o cirugía periodontal cubierta
D9239	Sedación moderada intravenosa (consciente)/analgesia, los primeros 15 minutos	Uno por fecha de servicio y junto con la cirugía bucal o cirugía periodontal cubierta
D9243	Sedación moderada intravenosa (consciente)/analgesia - cada incremento subsiguiente de 15 minutos	Uno por fecha de servicio y junto con la cirugía bucal o cirugía periodontal cubierta
	Más servicios tipo II	
D9311	Consulta con un profesional de atención médica	
D9910	Aplicación de medicamento desensibilizante	
Servicios mayores tipo III		
Código	**Descripción de los servicios**	**Directrices**
	Coronas	
D2740	Corona - porcelana/cerámica	Una corona por diente cada 7 años
D2750	Corona - porcelana fundida con metal altamente noble	Una corona por diente cada 7 años
D2751	Corona - porcelana fundida con metal predominantemente base	Una corona por diente cada 7 años
D2752	Corona - porcelana fundida con metal noble	Una corona por diente cada 7 años
D2790	Corona - fundición completa a un metal altamente noble	Una corona por diente cada 7 años
D2791	Corona - fundición completa a un metal predominantemente base	Una corona por diente cada 7 años

D2792	Corona - fundición completa a un metal noble	Una corona por diente cada 7 años
D2910	Recementación o readherencia de incrustaciones inlay, incrustaciones onlay, restauración de cobertura parcial	Uno por diente cada 12 meses
D2920	Recementación o readherencia de corona	Uno por diente cada 12 meses
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable - diente primario	Uno por diente de por vida
D2950	Reconstrucción de muñón, incluyendo cualquier pin cuando sea necesario	
	Terapia de tratamiento de canales (endodoncia)	
D3110	Revestimiento del esmalte dental - directo (sin incluir la restauración final)	
D3310	Terapia de endodoncia, diente anterior (sin incluir la restauración final)	Uno por diente de por vida
D3320	Terapia de endodoncia, diente premolar (sin incluir la restauración final)	Uno por diente de por vida
D3330	Terapia de endodoncia, diente molar (sin incluir la restauración final)	Uno por diente de por vida
D3346	Retratamiento de terapia anterior de tratamiento de canal - anterior	Uno por diente cada 24 meses
D3347	Retratamiento de terapia anterior de tratamiento de canal - premolar	Uno por diente cada 24 meses
D3348	Retratamiento de terapia anterior de tratamiento de canal - molar	Uno por diente cada 24 meses
	Periodoncia	
D4341	Raspado periodontal y alisado radicular - cuatro dientes o más por cuadrante	Uno por cuadrante cada 24 meses
D4342	Raspado periodontal y alisado radicular - uno a tres dientes por cuadrante	Uno por cuadrante cada 24 meses
D4355	Desbridamiento de toda la boca para permitir una evaluación periodontal completa y diagnóstico en una visita posterior	Uno de por vida
D4381	Administración localizada de agentes antimicrobianos mediante un vehículo de liberación controlada en el tejido crevicular enfermo, por diente	

D4910	Mantenimiento periodontal	Dos por año calendario (no cuenta para el máximo de dos limpiezas)
	Dentaduras postizas completas	
D5110	Dentadura postiza completa - maxilar	Uno de D5110, D5130, D5213, D5223, D5225 cada 7 años
D5120	Dentadura postiza completa - mandibular	Uno de D5120, D5140, D5214, D5224, D5226 cada 7 años
D5130	Dentadura postiza inmediata - maxilar	Uno de D5110, D5130, D5213, D5223, D5225 cada 7 años
D5140	Dentadura postiza inmediata - mandibular	Uno de D5120, D5140, D5214, D5224, D5226 cada 7 años
	Dentaduras postizas parciales	
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar - estructura metálica fundida con bases de resina para dentaduras postizas (incluyendo material retenedor/de anclaje, apoyos y dientes)	Uno de D5110, D5130, D5213, D5223, D5225 cada 7 años
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular - estructura metálica fundida con bases de resina para dentaduras postizas (incluyendo material retenedor/de anclaje, apoyos y dientes)	Uno de D5120, D5140, D5214, D5224, D5226 cada 7 años
D5223	Dentadura postiza parcial inmediata - estructura metálica fundida con bases de resina para dentaduras postizas (incluyendo material retenedor/de anclaje, apoyos y dientes)	Uno de D5110, D5130, D5213, D5223, D5225 cada 7 años
D5224	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - estructura metálica fundida con bases de resina para dentaduras postizas (incluyendo material retenedor/de anclaje, apoyos y dientes)	Uno de D5120, D5140, D5214, D5224, D5226 cada 7 años
D5225	Dentadura postiza parcial maxilar - base flexible (incluyendo material retenedor/de anclaje, apoyos y dientes)	Uno de D5110, D5130, D5213, D5223, D5225 cada 7 años
D5226	Dentadura postiza parcial mandibular - base flexible (incluyendo material retenedor/de anclaje, apoyos y dientes)	Uno de D5120, D5140, D5214, D5224, D5226 cada 7 años
	Ajustes de dentaduras postizas	
D5410	Ajustar dentadura postiza completa - maxilar	
D5411	Ajustar dentadura postiza completa - mandibular	

D5421	Ajustar dentadura postiza parcial - maxilar	
D5422	Ajustar dentadura postiza parcial - mandibular	
	Reparaciones de dentaduras postizas	
D5511	Reparar base completa de dentadura postiza rota, mandibular	Una por arco cada 24 meses
D5512	Reparar base completa de dentadura postiza rota, maxilar	Una por arco cada 24 meses
D5520	Reemplazar diente faltante o roto - dentadura postiza completa (cada diente)	Una por arco cada 24 meses
D5621	Reparar estructura parcial fundida, mandibular	Una por arco cada 24 meses
D5622	Reparar estructura parcial fundida, maxilar	Una por arco cada 24 meses
D5630	Reparar o reemplazar material de sujeción retentivo roto - por diente	Uno por diente cada 24 meses
D5640	Reemplazar dientes rotos - por diente	Uno por diente cada 24 meses
D5650	Agregar diente a dentadura postiza parcial existente	Uno por diente cada 24 meses
D5660	Agregar sujeción a dentadura postiza parcial existente - por diente	Uno por diente cada 24 meses
	Realineaciones de dentaduras postizas	
D5730	Realinear dentadura postiza maxilar completa (directa)	Una por arco cada 24 meses
D5731	Realinear dentadura postiza mandibular completa (directa)	Una por arco cada 24 meses
D5740	Realinear dentadura postiza parcial maxilar (directa)	Una por arco cada 24 meses
D5741	Realinear dentadura postiza parcial mandibular (directa)	Una por arco cada 24 meses
D5750	Realinear dentadura postiza maxilar completa (indirecta)	Una por arco cada 24 meses
D5751	Realinear dentadura postiza mandibular completa (indirecta)	Una por arco cada 24 meses
D5760	Realinear dentadura postiza parcial maxilar (indirecta)	Una por arco cada 24 meses
D5761	Realinear dentadura postiza parcial mandibular (indirecta)	Una por arco cada 24 meses
	Prostodoncia fija	

D6210	Póntico - fundición con metal altamente noble	Uno cada 7 años
D6211	Póntico - fundido con metal predominantemente base	Uno cada 7 años
D6212	Póntico - metal noble fundido	Uno cada 7 años
D6214	Póntico - titanio y aleaciones de titanio	Uno cada 7 años
D6240	Póntico - porcelana fundida con metal altamente noble	Uno cada 7 años
D6241	Póntico - porcelana fundida con metal predominantemente base	Uno cada 7 años
D6242	Póntico - porcelana fundida con metal noble	Uno cada 7 años
D6245	Póntico - porcelana/cerámica	Uno cada 7 años
D6740	Corona retenedora - porcelana/cerámica	Uno cada 7 años
D6750	Corona retenedora - porcelana fundida con metal altamente noble	Uno cada 7 años
D6751	Corona retenedora - porcelana fundida con metal predominantemente base	Uno cada 7 años
D6752	Corona retenedora - porcelana fundida con metal noble	Uno cada 7 años
D6790	Corona retenedora - fundición completa a un metal altamente noble	Uno cada 7 años
D6791	Corona retenedora - fundición completa a un metal predominantemente base	Uno cada 7 años
D6792	Corona retenedora - fundición completa con metal noble	Uno cada 7 años
D6930	Recementación o readherencia de dentadura postiza parcial fija	Uno cada 12 meses
	Cirugía bucal	
D7111	Extracción, restos coronarios - dientes primarios	Uno por diente de por vida
D7140	Extracción, diente brotado o raíz expuesta (elevación o extracción con fórceps)	Uno por diente de por vida
D7210	Extracción, diente brotado que necesita que se retire el hueso o que se seccione el diente, e incluyendo elevación del colgajo mucoperióstico si se indica	Uno por diente de por vida
D7250	Extracción de raíces residuales del diente (procedimiento de corte)	Uno por diente de por vida

D7286	Biopsia por incisión de tejido oral blando	
D7310	Alveoloplastía junto con extracciones - cuatro dientes o más o espacios entre los dientes, por cuadrante	
D7311	Alveoloplastía junto con extracciones - uno a tres dientes o espacios entre los dientes, por cuadrante	
D7320	Alveoloplastía no junto con extracciones - cuatro dientes o más o espacios entre los dientes, por cuadrante	
D7321	Alveoloplastía no junto con extracciones - uno a tres dientes o espacios entre los dientes, por cuadrante	
D7510	Incisión y drenaje de abscesos - tejido blando intraoral	
D7511	Incisión y drenaje de abscesos - tejido blando intraoral, complicado (incluye drenaje de varios espacios de la fascia)	

Nuestro plan no cubre lo siguiente:

- Si un código no se menciona arriba, no es un servicio cubierto.
- Los servicios que están cubiertos por Medicare, compensación de los trabajadores o leyes de responsabilidad del empleador.
- Servicios que no sean necesarios para la salud dental del paciente.
- Odontología reconstructiva, plástica, cosmética, electiva o estética.
- Cirugía bucal que necesite recolocación de fracturas y dislocaciones.
- Servicios con respecto a malignidades, quistes o neoplasmas, hereditarios, congénitos, prognatismo mandibular o desarrollo de malformaciones en las que esos servicios no se harían en un consultorio dental.
- Entrega de medicamentos.
- Hospitalización por cualquier procedimiento dental.
- Tratamiento que sea necesario para condiciones que resulten mientras está en servicio activo como miembro de las Fuerzas Armadas de cualquier país o por guerras o actos de guerra, ya sea declarada o no declarada.
- Remoción de implantes o reemplazo de dentaduras postizas, puentes, incrustaciones inlay, incrustaciones onlay o coronas que se pueden reparar o restaurar a una función normal.

- Diagnóstico o tratamiento de síndrome de trastorno temporomandibular (TMD), problemas u disarmonía oclusal.
- Operación electiva, incluyendo, entre otros, extracción de dientes no patológicos, asintomáticos e impactados.
- Implantes y servicios relacionados; reemplazo de aparatos de prótesis u ortodoncia perdidos, robados o dañados; protectores bucales deportivos; anclajes de precisión o semiprecisión; duplicación de dentaduras postizas; soporte periodontal de los dientes.
- Servicios para aumentar la dimensión vertical, reemplazo de la estructura del diente que se perdió por desgaste y corrección de malformaciones del desarrollo o condiciones congénitas.
- Procedimientos que según la opinión del Plan son de naturaleza experimental o investigativa porque no cumplen los estándares reconocidos a nivel profesional de la práctica dental o no se ha comprobado que sean constantemente eficaces para el diagnóstico o tratamiento de la condición del miembro.
- Tratamiento de paladar hendido, malignidades o neoplasmas.
- Los servicios de ortodoncia no están cubiertos.

CAPÍTULO 5:
Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan

Vaya a la Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

Nuestro plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre y cuando siga estas normas:

- Un proveedor (médico, dentista u otro proveedor que receta) debe darle una receta por escrito que debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- El proveedor que receta no debe estar en las listas de exclusiones de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta (vaya a la Sección 2) o puede surtir su receta por medio del servicio de pedido por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (vaya a la Sección 3).
- El medicamento debe tener una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o apoyado por determinadas referencias. (Vaya a la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Vaya a la Sección 4 de este capítulo para obtener más información).

SECCIÓN 2 Cómo surtir su receta en una farmacia de la red o por medio del servicio de pedidos por correo de nuestro plan

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se surten en una de las farmacias de nuestro plan. (Vaya a la Sección 2.4 para obtener información sobre cuándo cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para dar medicamentos cubiertos. El término medicamentos cubiertos significa todos los medicamentos de la Parte D que están en nuestra Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Cómo encontrar una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia dentro de la red, visite su *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (**azblue.com/MAPDDocs**) o llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias dentro de nuestra red.

Si su farmacia deja la red

Si la farmacia que usa deja la red de nuestro plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia en la red. Para encontrar otra farmacia en su área, obtenga ayuda de Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o use el *Directorio de farmacias*. También puede buscar información en nuestro sitio web en **azblue.com/MAPDDocs**.

Farmacias especializadas

Algunas recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención de largo plazo (conocido también como LTC). Generalmente, un centro LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

- Las farmacias que sirven el Programa de salud de indígenas/de salud tribal/salud de indígenas urbanos (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.
- Las farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA a ciertos centros o que necesitan de un manejo especial, coordinación del proveedor o educación sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de farmacias* o llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona), o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Sección 2.2 El servicio de pedidos por correo de nuestro plan

Usted puede usar nuestros servicios de pedidos por correo de la red del plan para ciertos tipos de medicamentos. Generalmente, los medicamentos suministrados mediante pedidos por correo son medicamentos que usted toma de manera regular, para una condición médica crónica o de largo plazo.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite pedir **un suministro de hasta de 100 días de medicamentos en los Niveles 1, 2, y 6, y un suministro de 90 días en los Niveles 3 y 4.**

Para obtener los formularios de pedido y la información para surtir sus medicamentos por correo, llame a Servicios para Miembros o comuníquese con la farmacia de pedidos por correo de la red, OptumRx®, llamando al 1-844-883-8523 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios de atención son 24 horas al día, siete días a la semana. También puede visitar su sitio web en **www.optumrx.com**. Si usa una farmacia de pedidos por correo que no está en la red de farmacias del plan, su receta no estará cubierta.

Generalmente, un pedido de farmacia de envío por correo le llegará en menos de 10 días. Sin embargo, su orden por correo puede atrasarse algunas veces. Si por algún motivo no se puede entregar su pedido en 10 días, un representante de OptumRx se comunicará con usted y le explicará el motivo del retraso. Si pasaron 10 días y no recibió su receta (ni comunicación del servicio de farmacia de pedidos por correo), comuníquese con ellos llamando al 1-844-883-8523 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para preguntar sobre el estado de su pedido. Si necesita el medicamento antes de que puedan entregárselo, se pondrá el medicamento a su disposición en una farmacia de la red hasta que se pueda procesar y entregar su pedido por correo. OptumRx solo se puede usar para medicamentos de mantenimiento. Los suministros para diabetes se deben obtener en una farmacia local o con otro proveedor contratado por el plan.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico. Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se comunicarán con usted para saber si quiere que el medicamento se surta de manera inmediata o más adelante. Es importante que responda cada vez que la farmacia se

comunique con usted, para informarles si deben enviar, retrasar o detener la nueva receta.

Nuevos surtidos de recetas con pedido por correo. Para resurtidos, comuníquese con su farmacia 15 días antes de que se acabe su receta actual para asegurarse de que el siguiente pedido le llegue a tiempo.

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de largo plazo de medicamentos

Nuestro plan ofrece 2 formas de obtener un suministro de largo plazo (también llamado 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 enfermedad crónica o prolongada.)

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En su *Directorio de farmacias* **azblue.com/MAPDDocs** están las farmacias de nuestra red que pueden darle un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener más información.
2. También puede obtener medicamentos de mantenimiento por medio de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.2 para obtener más información.

Sección 2.4 Cómo usar una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede usar una farmacia de la red. También tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicios para Miembros** al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para ver si hay una farmacia dentro de la red cerca.

Cubrimos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red solo en las siguientes circunstancias:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto en forma oportuna dentro del área de servicio porque no hay una farmacia de la red dentro de una distancia razonable en automóvil que atienda las 24 horas.
- Si está tratando de surtir un medicamento con receta cubierto que no se mantiene con regularidad en una farmacia, farmacia de pedidos por correo o farmacia especializada de la red (esos medicamentos incluyen medicamentos huérfanos u otros productos farmacéuticos especializados).

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte normal del costo compartido) en el momento de surtir su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo compartido. (Vaya al Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero). Es posible que usted deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriremos en la farmacia dentro de la red.

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan

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

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)*. En esta *Evidencia de cobertura*, **la llamamos Lista de medicamentos.**

Los medicamentos de esta lista los selecciona nuestro plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista cumple los requisitos de Medicare y la aprobó Medicare. La Lista de medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubrimos un medicamento en la Lista de medicamentos de nuestro plan siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea por una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que está *ya sea*:

- Aprobado por la FDA para el diagnóstico o condición para la que se recetó.
- Respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y Micromedex DRUGDEX Information System.

La Lista de medicamentos cubiertos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que puede incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo un nombre de marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos normales. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar que es un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. Generalmente, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico original y generalmente cuestan menos. Existen sustitutos de medicamentos genéricos

disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, dependiendo de la ley estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Vaya al Capítulo 12 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la Lista de medicamentos.

Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

Nuestro 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 obtener más información, vaya a la Sección 7).
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento determinado en la Lista de medicamentos.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la Lista de medicamentos. (Para obtener más información, vaya al Capítulo 9).

Sección 3.2 Seis niveles de costos compartidos para medicamentos en la Lista de medicamentos

Cada medicamento en la Lista de medicamentos de nuestro plan está en uno de los seis niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el costo del medicamento:

- El nivel 1 de costo compartido incluye medicamentos genéricos preferidos. **Este es el nivel más bajo.**
- El nivel 2 de costo compartido incluye medicamentos genéricos.
- El nivel 3 de costo compartido incluye medicamentos de marca preferidos.
- El nivel 4 de costo compartido incluye medicamentos de no preferidos.
- El nivel 5 de costo compartido incluye el nivel de medicamentos especializados. **Este es el nivel más alto.**
- El nivel 6 de costo compartido incluye medicamentos específicos. **Este es un nivel $0.**

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan. La cantidad que paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6.

Sección 3.3 Cómo puede saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos

Para saber si un medicamento está en nuestra Lista de medicamentos, tiene estas opciones:

- Consulte electrónicamente nuestra lista de medicamentos más reciente.
- Visite el sitio web de nuestro plan (**azblue.com/MAPDDocs**). La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actual.
- Llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para averiguar si un medicamento determinado está en la Lista de medicamentos de nuestro plan o pida una copia de la lista.
- Use la “Herramienta de beneficios en tiempo real” (welcome.optumrx.com/bcbsaz/drug-pricing) de nuestro plan para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para obtener un cálculo de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma condición. También puede llamar a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

Para ciertos medicamentos con receta, las reglas especiales restringen cómo y cuándo los cubre nuestro plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para animarlo a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro y de menor costo funcionará tan bien como un medicamento de mayor costo, las normas de nuestro plan están diseñadas para animarlo a usted y a su proveedor a usar esa opción de menor costo.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden tener concentraciones, cantidades o formas diferentes del medicamento indicado por su proveedor de atención médica, y se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg; uno por día versus 2 por día; comprimido versus líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tienen que tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. **Si quiere que anulemos la restricción por usted, debe usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción.** Nosotros podemos aceptar hacer la excepción o no. (Vaya al Capítulo 9).

Debe obtener la aprobación del plan por anticipado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan según criterios específicos antes de que aceptemos cubrir el medicamento por usted. A esto se le conoce como **autorización previa**. Esto se establece para asegurarse de la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que nuestro plan no cubra su medicamento. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona), o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o en nuestro sitio web en azblue.com/MAPDDocs.

Debe probar primero un medicamento diferente

Este requisito lo anima a probar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de efectivos, antes de que nuestro plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición médica, nuestro plan puede requerir que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se llama **terapia escalonada**. Los criterios de terapia escalonada de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona), o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o en nuestro sitio web en azblue.com/MAPDDocs.

Límites de cantidades

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

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría

Hay situaciones en las que un medicamento con receta que toma, o que usted y su proveedor consideran que debería tomar y que no está en nuestra Lista de medicamentos, tiene restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O una versión genérica del medicamento puede estar cubierta, pero la versión de marca que quiere tomar no
está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero existen normas o restricciones adicionales sobre
la cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más caro de lo que cree que debería ser.

**Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea
más caro de lo que piensa que debería ser, consulte la Sección 5.1 para saber lo que
puede hacer.**

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, estas son las opciones disponibles para usted:

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

Puede obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, nuestro plan debe dar un suministro temporal de un medicamento que usted ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que toma **ya no debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan O ahora está restringido de alguna manera**.

- **Si es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.

- **Si estuvo en nuestro plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será, como máximo, un suministro de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos múltiples surtidos para dar hasta un máximo de 30 días de medicamento. La receta se debe surtir en una farmacia dentro de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia de atención de largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar el desperdicio).
- **Para los miembros que han estado en nuestro plan durante más de 90 días y viven en un centro de atención de largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta está escrita para menos días. Esto es además del suministro temporal que se muestra arriba.
- Si está tomando un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos y tiene un cambio de nivel de atención, como cuando le dan el alta del hospital o del centro de enfermería especializada, puede pedirnos que cubramos un suministro temporal de ese medicamento.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Durante el tiempo en que esté usando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote dicho suministro. Tiene 2 opciones:

Opción 1: Cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para ver si un medicamento diferente cubierto por nuestro plan podría funcionar de la misma manera para usted. Llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para pedir una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que podría funcionarle.

Opción 2: Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera que le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que existen razones médicas que justifican una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar dicha excepción. Por ejemplo, puede solicitar a nuestro plan que cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de medicamentos de nuestro plan. O puede solicitar a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es un miembro actual y un medicamento que toma se eliminará de la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) o se restringirá de alguna manera para el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede pedir una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en el plazo de 72 horas después de la recepción de su solicitud (o la declaración de respaldo del proveedor que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, vaya al Capítulo 9, Sección 6.4 para saber qué hacer. Explica los procedimientos y plazos indicados por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera rápida y justa.

Sección 5.1 Qué hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto

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

Cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, hable con su proveedor. Puede haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que también podría funcionarle. Llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para pedir una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que
podría funcionarle.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento para que pague menos por él. Si su proveedor dice que existen razones médicas que justifican una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar dicha excepción a la norma.

Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, vaya al Capítulo 9, Sección 6.4 para saber qué hacer. Explica los procedimientos y plazos indicados por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera rápida y justa.

Los medicamentos de nuestro nivel 5, medicamentos especializados, no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos la cantidad de costos compartidos para los medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

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

- **Agregar o quitar medicamentos de la "Lista de medicamentos".**
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o retirar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por la versión genérica del medicamento.**
- **Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando hay cambios en la Lista de medicamentos, publicamos la información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos con regularidad nuestra Lista de medicamentos cubiertos en línea. A veces, recibirá un aviso directo si se hacen cambios en un medicamento que toma.

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

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos cubiertos y eliminar <u>inmediatamente</u> o hacer cambios en un medicamento similar de la Lista de medicamentos cubiertos.**
    - Cuando se agregue una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos cubiertos, podemos quitar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos cubiertos, trasladar el medicamento similar a un nivel de costos compartidos diferente, agregar nuevas restricciones o ambas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costos compartidos o en uno más bajo y tendrá las mismas o menos restricciones.
    - Haremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de una marca o agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.

- Podemos hacer estos cambios de inmediato e informarle posteriormente, incluso si toma el medicamento que eliminamos o al que hacemos cambios. Si toma el medicamento similar en el momento en que hacemos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos hecho.

- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y quitar o hacer cambios a un medicamento similar de la Lista de medicamentos.**
  - Cuando se agregue otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos cubiertos, podemos quitar un medicamento similar de la Lista de medicamentos cubiertos, trasladarlo a un nivel de costos compartidos diferente, agregar nuevas restricciones o ambos. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costos compartidos o en uno más bajo y tendrá las mismas o menos restricciones.
  - Haremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de hacer el cambio o le informaremos del cambio y cubriremos un surtido de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Quitar los medicamentos que no son seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos cubiertos que se retiran del mercado.**
  - Algunas veces un medicamento se puede considerar inseguro o pueden retirarlo del mercado por otro motivo. Si esto sucede, puede ser que el medicamento inmediatamente de la Lista de medicamentos. Si toma ese medicamento, le avisaremos después de hacer el cambio.
- **Hacer otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos cubiertos.**
  - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando después de que haya empezado el año. Por ejemplo, nos basamos en las advertencias de la FDA o en las nuevas directrices clínicas reconocidas por Medicare.
  - Le avisaremos al menos 30 días antes de hacer estos cambios o le diremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional de 30 días del medicamento que está tomando.

Si hacemos cambios en cualquiera de los medicamentos que toma, hable con su proveedor que receta sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, incluyendo el cambio a un medicamento diferente para tratar su condición o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que

toma. Usted o el proveedor que receta pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que toma. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción, vaya al Capítulo 9.

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

Es posible que hagamos ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen arriba. En estos casos, el cambio no se aplicará para usted si está tomando el medicamento cuando se haga el cambio; pero estos cambios probablemente lo afecten a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si usted continúa en el mismo plan.

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

- Cambiamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Añadimos una nueva restricción sobre el uso del medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si alguno de estos cambios ocurren para un medicamento que toma (excepto por un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otro cambio mencionado en las secciones de arriba), el cambio no afectará su uso ni lo que usted paga como parte del costo hasta el 1 de enero del siguiente año.

No le informaremos sobre este tipo de cambios directamente durante el año actual del plan. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el siguiente año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que toma que lo afecte durante el siguiente año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Se *excluyen* algunos tipos de medicamentos con receta. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

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

Estas son 3 normas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán bajo la Parte D:

- Nuestra cobertura de medicamentos de la Parte D del plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto bajo la Parte A o la Parte B de Medicare.

- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *no indicado en la etiqueta* de un medicamento cuando el uso no está respaldado por ciertas referencias, como la información sobre medicamentos del American Hospital Formulary Service y el sistema de información Micromedex DRUGDEX. El uso *no indicado en la etiqueta* es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en la etiqueta de un medicamento según lo aprobado por la FDA.

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

- Medicamentos sin receta (también conocidos como medicamentos de venta libre)
- Medicamentos que se usan para promover la fertilidad
- Medicamentos que se usan para el alivio de los síntomas de la tos o el resfriado
- Medicamentos que se usan para fines cosméticos o para promover el crecimiento
  del pelo
- Productos de vitaminas y minerales con receta, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones con flúor
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- Los medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante requiere pruebas asociadas o servicios de monitoreo deben comprarse solo al fabricante como condición de venta

Si recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar sus recetas, la Ayuda adicional no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Si tiene cobertura de medicamentos de Medicaid, el programa estatal de Medicaid puede 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 qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Encuentre los teléfonos y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para surtir su receta, dé la información de membresía de nuestro plan (que está en su tarjeta de membresía) en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red le facturará automáticamente a nuestro plan *nuestra* parte del costo de su medicamento. Debe pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja su receta.

Si no tiene la información de membresía de nuestro plan con usted, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtener la información o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción de nuestro plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total de la receta cuando la recoja**. (Puede **solicitarnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso a nuestro plan.

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

Sección 9.1 En un hospital o un centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por nuestro plan

Si lo ingresan en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por nuestro plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estancia. Una vez que salga del hospital o del centro de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre que los medicamentos cumplan todas nuestras normas de cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 Como residente en un centro de atención de largo plazo (LTC)

Generalmente, un centro de atención de largo plazo (LTC) (como un centro de atención residencial) tiene su propia farmacia o una farmacia que surte los medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos con receta mediante la farmacia del centro o de la que usa, siempre que sea parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias* **azblue.com/MAPDDocs** averiguar si la farmacia de su centro de LTC o la que usa es parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Si está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda obtener sus beneficios de la Parte D de manera rutinaria mediante nuestra red de farmacias de LTC.

Si usted es residente en un centro de LTC y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o está restringido de alguna manera, consulte la Sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si también tiene cobertura de medicamentos de un empleador o plan de grupo para jubilados

Si tiene otra cobertura de medicamentos mediante un empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo.** Pueden ayudarlo a entender cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura de grupo de empleado o jubilado, la cobertura de medicamentos que obtiene de nosotros será *secundaria* a la cobertura de grupo. Eso significa que su cobertura de grupo paga primero.

Aviso especial sobre la cobertura válida:

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

Si la cobertura del plan de grupo es válida, significa que nuestro plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos estándar de Medicare.

Guarde todos los avisos sobre la cobertura válida porque es posible que necesite estos avisos más adelante para demostrar que mantuvo una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso de cobertura válida, solicite una copia al administrador de beneficios del plan de su empleador o grupo de jubilados o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 Si está en un hospicio certificado por Medicare

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o contra la ansiedad) que no están cubiertos por su hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal y condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir un aviso del proveedor que receta o del proveedor de hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para prevenir demoras en recibir estos medicamentos que deberían cubrir nuestro plan, pida al proveedor de hospicio o al proveedor que receta que avise antes de que se surta su receta.

Si usted revocara su elección de hospicio o si le dieran el alta de dicho centro, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos como se explicó en este documento. Para prevenir demoras en una farmacia cuando finalicen sus beneficios de hospicio de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para que verifiquen su revocación o el alta.

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

Hacemos revisiones sobre el uso de medicamentos para ayudar a garantizar que nuestros miembros reciban atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros de manera regular. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales como:

- Posibles errores de medicamentos
- Medicamentos que es posible que no sean necesarios porque toma otro medicamento similar para tratar la misma condición
- Medicamentos que no son seguros ni apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían dañarlo si los toma al mismo tiempo
- Recetas de medicamentos que tienen ingredientes a los que es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma
- Cantidades no seguras de medicamentos opioides para el dolor

Si vemos un posible problema con su uso de medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.1 Programa de manejo de medicamentos (Drug Management Program, DMP) para ayudar a los miembros a usar medicamentos opioides de manera segura

Tenemos un programa que ayuda a asegurarse de que los miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides con receta y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama un Programa de manejo de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios proveedores que recetan o farmacias, o si tuvo recientemente una sobredosis con opioides, podemos hablar con sus proveedores que recetan para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. En colaboración con sus proveedores que recetan, si decidimos que el uso que haga de opioides o benzodiazepinas con receta puede no ser seguro, podemos limitar la forma en que pueda obtener estos medicamentos. Si lo ponemos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Exigir que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta en ciertas farmacias

- Exigir que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta de ciertos proveedores que recetan
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepinas que cubriremos
  para usted

Si planeamos limitar cómo puede obtener esos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta con antelación. La carta le dirá si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le exigirá que obtenga las recetas de estos medicamentos solo de un proveedor que receta o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué proveedores que recetan o farmacias prefiere usar y cualquier otra información que considere importante que sepamos. Después de que tenga la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y el proveedor que receta tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si continuamos denegando alguna parte de su solicitud sobre 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.

No lo colocarán en nuestro DMP si tiene ciertas condiciones médicas, como dolor relacionado al cáncer o anemia de células falciformes, está recibiendo atención de hospicio, cuidados paliativos o atención para enfermos terminales, o vive en un centro de atención de largo plazo.

Sección 10.2 Programa de administración de terapia con medicamentos (Medication Therapy Management, MTM) para ayudar a los miembros a administrar los medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades médicas complejas. Nuestro programa se llama programa de Administración de terapia con medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. El programa lo desarrollaron un equipo de farmacéuticos y médicos para asegurarnos de que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una cantidad específica de costos de medicamentos o están en un DMP para ayudarlos a usar opioides de manera segura pueden obtener servicios mediante un programa de MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional médico harán con usted una revisión completa de todos sus medicamentos. Durante la revisión, usted puede hablar sobre cómo tomar sus medicamentos, sus costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre su receta y los medicamentos de venta libre. Recibirá un resumen por escrito que tiene una lista de lo que se recomienda que haga que incluye las medidas que debe tomar para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los

medicamentos que está tomando, cuánto toma, cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM obtendrán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de medidas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a su visita o en cualquier momento en el que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Mantenga su lista de medicamentos actualizada y con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y lo retiraremos. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

CAPÍTULO 6:
Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la información de esta** *Evidencia de cobertura* **sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a su caso.** Le enviamos un documento por separado, llamado *Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura, para personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta* (también denominada *Cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*), que describe su cobertura de medicamentos. Si no recibió este documento, llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) y pregunte por la *Cláusula adicional de LIS*.

Usamos la palabra “medicamento” en este capítulo para referirnos a un medicamento con receta de la Parte D. 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, debe saber los medicamentos que están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué normas seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica estas normas. Cuando usa la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan para buscar cobertura de medicamentos en *welcome.optumrx.com/bcbsaz/drug-pricing* el costo que ve muestra un cálculo de los gastos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información dada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que es posible que deba pagar por sus medicamentos cubiertos

Hay 3 tipos diferentes de gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D que se le puede pedir que pague:

- **Deducible** es la cantidad que paga por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar nuestra parte.

- **Copago** es una cantidad fija que usted paga cada vez que surte una receta.
- **Coseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta para sus gastos de bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir cuando llevamos el control de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos se incluyen en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo incluyen los pagos que se muestran abajo (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y haya seguido las normas para la cobertura de medicamentos explicadas en el Capítulo 5):

- La cantidad que paga por sus medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que hizo durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos de Medicare diferente antes de unirse a nuestro plan
- Cualquier pago por sus medicamentos hecho por familiares o amigos
- Cualquier pago por sus medicamentos hecho por la Ayuda adicional de Medicare, los planes médicos de empleadores o sindicatos, el Servicio de Salud Indígenas, los programas de asistencia para medicamentos contra el Sida y la mayoría de las organizaciones benéficas

Pasar a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya gastado un total de $2,400 en gastos de bolsillo en el año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo

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

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red.

- Medicamentos que no sean de la Parte D, incluyendo medicamentos con receta y vacunas cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura
de Medicare.
- Pagos que hace por los medicamentos que normalmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos de Medicare.
- Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas médicos financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud de Veteranos (VA)
- Pagos por sus medicamentos que hacen terceros con una obligación legal de pagar los costos de recetas (por ejemplo, Compensación de los trabajadores).
- Pagos hechos por los fabricantes de medicamentos según el Programa de descuentos del fabricante (Manufacturer Discount Program)

Recordatorio: Si cualquier otra organización como las mencionadas arriba paga parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por medicamentos, debe informar a nuestro plan llamando a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Seguimiento de sus gastos de bolsillo totales

- La *Explicación de beneficios* (EOB) *de la Parte D* que recibe incluye el total actual de sus gastos de bolsillo. Cuando esta cantidad alcance $2,400, la *EOB de la Parte D* le dirá que dejó la Etapa de cobertura inicial y pasó a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Vaya a la Sección 3.1 para saber qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros sobre lo que gastó estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para Blue Best Life Select miembros

Hay 3 **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos bajo Blue Best Life Select. La cantidad que pague por cada receta depende de la etapa en la que esté cuando surta o vuelva a surtir una receta. La información de cada etapa se explica en este capítulo. Las etapas son:

- **Etapa 1: Etapa del deducible anual**
- **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapa 3: Etapa de cobertura catastrófica**

SECCIÓN 3 Su *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* explica en qué etapa de pago está

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que hace cuando obtiene recetas en la farmacia. De esta manera, podemos indicarle cuándo pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Hacemos un seguimiento de 2 tipos de costos:

- **Gastos de bolsillo:** esto es lo que usted pagó. Esto incluye lo que usted paga cuando obtiene un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos hecho por familiares o amigos, y cualquier pago por sus medicamentos hecho por la Ayuda adicional de Medicare, los planes médicos de empleadores o sindicatos, el Servicio de Salud de Indígenas, los programas de asistencia para medicamentos contra el Sida, las organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- **Costos de medicamentos totales:** este es el total de todos los pagos hechos por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que nuestro plan pagó, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si surtió una o más recetas por medio de nuestro plan durante el mes pasado, le enviaremos una *EOB de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye:

- **Información de ese mes.** Este informe da información sobre los pagos de las recetas que surtió durante el mes pasado. Muestra los costos de medicamentos totales, lo que pagó nuestro plan y lo que usted y otras personas pagaron en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1 de enero.** Esto muestra los costos de medicamentos totales y los pagos de medicamentos totales desde que comenzó el año.
- **Información de precios de los medicamentos.** Esto muestra el precio total del medicamento e información sobre los cambios en el precio desde el primer surtido para cada reclamo de receta de la misma cantidad.
- **Recetas de alternativas disponibles de costo más bajo.** Esto muestra información sobre otros medicamentos disponibles con un costo compartido más bajo para cada reclamo de receta, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

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

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surta una receta.** Esto ayuda a asegurarnos de que sepamos sobre las recetas que surte y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay veces en que puede ser que pague el costo total de un medicamento con receta. En esos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar control de sus gastos de bolsillo, puede darnos copias de sus recibos. **Ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:**
    - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
    - Cuando hace un copago por medicamentos bajo un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
    - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
    - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que cubra su parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, vea el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas hacen por usted.** Los pagos hechos por otras personas y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas se tienen en cuenta para sus gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el reporte por escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 La etapa del deducible

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluyendo las vacunas del herpes zóster, el tétanos y para viajes. Pagará un deducible anual de $490 en medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5** hasta que alcance la cantidad deducible de nuestro plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible.

El **costo total** generalmente es menor que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias dentro de la red. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más las tarifas por dispensar medicamentos con precios negociados bajo el Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare.

Una vez que haya pagado $490 por sus medicamentos de Nivel 3 – Nivel 5, abandona la Etapa de deducible y pasa a la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La etapa de cobertura inicial

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

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

Nuestro plan tiene seis niveles de costos compartidos

Cada medicamento en la Lista de medicamentos de nuestro plan está en uno de los seis niveles de costos compartidos. En general, entre más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será su costo por el medicamento:

- El nivel 1 de costo compartido incluye medicamentos genéricos preferidos. **Este es el nivel más bajo.**
- El nivel 2 de costo compartido incluye medicamentos genéricos.
- El nivel 3 de costo compartido incluye medicamentos de marca preferidos.
- El nivel 4 de costo compartido incluye medicamentos de no preferidos.
- El nivel 5 de costo compartido incluye el nivel de medicamentos especializados. **Este es el nivel más alto.**
- El nivel 6 de costo compartido incluye medicamentos específicos. **Este es un nivel $0.**

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

Sus opciones de farmacia

Cuánto paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento de:

- Una farmacia dentro de la red
- Una farmacia que no está en la red de nuestro plan. Cubrimos los medicamentos con receta que se surten en farmacias fuera de la red únicamente en situaciones limitadas. Vaya al Capítulo 5, Sección 2.4 para conocer cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red
- La farmacia de pedidos por correo de nuestro plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y surtir sus recetas, vaya al Capítulo 5 y al *Directorio de farmacias* de nuestro plan (**azblue.com/MAPDDocs**).

Sección 5.2 Sus costos por un suministro *para un mes* de un medicamento cubierto

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

La cantidad de copago o coseguro depende del nivel de costo compartido.

Algunas veces el costo del medicamento es menos que su copago. En esos casos, usted puede pagar el precio más bajo por el medicamento en vez del copago.

Sus costos por un suministro *para un mes* de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	**Costos compartidos normales en ventas minoristas (dentro de la red)** (hasta un suministro de 30 días)	**Costos compartidos de atención a largo plazo (LTC)** (hasta un suministro de 31 días)	**Costos compartidos fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener información). (hasta un suministro de 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (Genéricos preferidos)	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 2 de costo compartido (Genéricos)	$9 de copago	$9 de copago	$9 de copago
Nivel 3 de costo compartido (De marca preferidos)	20% de coseguro	24% de coseguro	24% de coseguro
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos de no preferidos)	26% de coseguro	26% de coseguro	26% de coseguro
Nivel 5 de costo compartido (Especializados)	26% coseguro	26% coseguro	26% coseguro
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos específicos)	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago

Usted no pagará más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

Vaya a la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre los costos compartidos de 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, la cantidad que usted paga por un medicamento cubre el suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico quieran que tenga menos de un mes de suministro de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le dispense menos de un mes completo de suministro, si esto lo ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido.

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

- Si usted es responsable del coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Debido a que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo sería más bajo pues el costo total del medicamento sería más bajo.
- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, solo paga por la cantidad de días del medicamento que recibe en lugar de un mes completo. Calculamos la cantidad que usted paga por día de su medicamento (la tasa de costo compartido diaria) y la multiplicamos por la cantidad de días de suministro que recibe.

Sección 5.4 Sus costos por un suministro *a largo plazo* (hasta 100 o 90 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro de largo plazo (también llamado un suministro prolongado). Un suministro de largo plazo es un suministro hasta de 100 días de medicamentos.

Sus costos por un suministro de *largo plazo* (hasta 100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Costos compartidos normales en ventas minoristas (dentro de la red) (un suministro hasta de 100 días)	Costos compartidos de pedido por correo (un suministro hasta de 100 días)
Nivel 1 de costo compartido (Genérico preferido) (suministro para 100 días)	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 2 de costo compartido (Genéricos) (suministro para 100 días)	$9 de copago	$9 de copago
Nivel 3 de costo compartido (De marca preferidos) (suministro para 90 días)	20% de coseguro	20% de coseguro
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos de no preferidos) (suministro para 90 días)	26% de coseguro	26% de coseguro
Nivel 5 de costo compartido (Especializados)	Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en nivel 5.	Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en nivel 5.

Nivel	Costos compartidos normales en ventas minoristas (dentro de la red) (un suministro hasta de 100 días)	Costos compartidos de pedido por correo (un suministro hasta de 100 días)
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos específicos) (suministro para 100 días)	$0 de copago	$0 de copago

No pagará más de $70 por un suministro de hasta dos meses o $105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no pagó su deducible.

Sección 5.5 Se queda en la etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo del año alcancen los $2,400

Usted se queda en la Etapa de cobertura inicial hasta que el total de sus gastos de bolsillo alcance **$2,400**. Luego pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

La *EOB de la Parte D* que reciba lo ayudará a hacer un seguimiento de cuánto gastaron usted, nuestro plan y cualquier tercero en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos de bolsillo de $2,400 en un año.

Le informaremos si alcanza esta cantidad. Vaya a la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 La etapa de cobertura catastrófica

En la etapa de cobertura catastrófica, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Entrará en la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo hayan llegado al límite de $2,400 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, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 7 Lo que paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas – Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos de nuestro plan Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Vaya a la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona), o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener información sobre la cobertura y los costos compartidos sobre vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D tiene 2 partes:

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

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de 3 cosas:

1. **Si la organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) recomienda la vacuna para los adultos.**
    - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por ACIP y no tienen costo para usted.
2. **Donde obtiene la vacuna.**
    - La vacuna se puede suministrar en una farmacia o en el consultorio del médico.
3. **¿Quién le administra la vacuna?**
    - Un farmacéutico u otro proveedor puede poner la vacuna en la farmacia. O un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que paga en el momento en que recibe la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago del medicamento** en la que esté.

- Cuando recibe una vacuna, es posible que deba pagar el costo total de la vacuna y el costo del proveedor por administrarla. Puede pedir a nuestro plan que le devuelva nuestra parte del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.

- Otras veces, cuando recibe una vacuna, solo paga su parte del costo de su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada.

Abajo hay 3 ejemplos de maneras en que puede recibir una vacuna de la Parte D.

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

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

Situación 2: Recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de la vacuna y el costo para que el proveedor se la administre.
- Luego puede pedir a nuestro plan que le paguemos nuestra parte del costo usando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará la cantidad total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que pagó menos cualquier copago por la vacuna (incluyendo la administración).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia dentro de la red y la lleva al consultorio de su médico, donde le administran la vacuna.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada por la vacuna.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administra la vacuna, es posible que deba pagar el costo total por ese servicio.
- Luego puede pedir a nuestro plan que le paguemos nuestra parte del costo usando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará la cantidad total que pagó.

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos

En ocasiones, cuando reciba atención médica o algún medicamento con receta, será necesario que pague el costo total. Otras veces, es posible que pague más de lo que esperaba según las normas de cobertura de nuestro plan, o puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el pago (le reembolse). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que haya pagado más de su parte del costo de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Puede haber fechas límite que debe cumplir para obtener el pago. Vaya a la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por más de su parte de los costos compartidos. Primero trate de resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Analizaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarlo, avisaremos al proveedor. Usted nunca debe pagar más de los costos compartidos que permite el plan. Si este es un proveedor contratado, usted aún tendrá el derecho al tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que es posible que deba pedirle a nuestro plan que le devuelva el pago o que pague una factura que recibió:

1. **Cuando recibió atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no está en la red de nuestro plan**

   Fuera del área de servicio, puede obtener servicios de emergencia o necesarios de urgencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor sea parte de nuestra red o no. En estos casos,

   - Solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o necesarios de urgencia. Los proveedores de emergencia están obligados legalmente a dar atención de emergencia.

- Si paga la cantidad total usted mismo en el momento en que recibe la atención, pídanos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que cree que no debe. Envíenos esa factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya hecho.
  - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente.
  - Si ya pagó más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debe y le devolveremos nuestra parte del costo.

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

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

- Solo tiene que pagar su parte del costo compartido cuando reciba los servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, llamados **facturación de saldo**. Esta protección (que nunca paga más que la cantidad de su costo compartido) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio, e incluso si existe una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor dentro de la red que crea que es más de lo que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor dentro de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho y pídanos que le reembolsemos la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que debía según nuestro plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede pedirnos que le paguemos nuestra parte de los costos. Debe presentar documentación como recibos y facturas para que podamos hacer el reembolso.

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si va a una farmacia fuera de la red, puede ser que la farmacia no pueda presentarnos directamente el reclamo. Cuando eso sucede, tendrá que pagar el costo total de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le paguemos nuestra parte del costo compartido. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Vaya al Capítulo 5, Sección 2.5 para conocer estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y la cantidad que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de una receta porque no tiene nuestra tarjeta de membresía del plan con usted

Si no tiene nuestra tarjeta de membresía del plan con usted, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o busque la información de inscripción de nuestro plan. Si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de la receta usted mismo.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le paguemos nuestra parte del costo compartido. Es posible que no le devolvamos la totalidad del costo que pagó si el precio en dinero en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado por la receta.

6. Cuando paga el costo total de una receta en otras situaciones

Puede pagar el costo total de la receta porque descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la Lista de medicamentos de nuestro plan, o que pueda tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que deba aplicarse a usted. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el pago. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo. Es posible que no le devolvamos la totalidad del costo que pagó si el precio en dinero en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado por la receta.
- Si no podemos conseguir un medicamento cubierto de manera oportuna en nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red con servicio de 24 horas a una distancia razonable en auto (en 30 millas) o tiempo de conducción (a 30 minutos).
- Si está tratando de surtir un medicamento con receta cubierto que no se mantiene con regularidad en una farmacia, farmacia de pedidos por correo o farmacia especializada de la red (esos medicamentos incluyen medicamentos huérfanos u otros productos farmacéuticos especializados).

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. Esto se llama tomar una **decisión sobre cobertura**. Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su pedido de pago, usted puede

apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 tiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el pago o que paguemos una factura que usted recibió

Puede pedirnos que le devolvamos el pago enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe la factura y la documentación de cualquier pago que haya hecho. Es una buena idea hacer una copia de su factura y de sus recibos para sus registros. **Debe presentarnos su reclamo dentro de los 60 días** siguientes a la fecha en que recibió el servicio, el artículo, o el medicamento.

Para asegurarse de que nos está dando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo para presentar su solicitud de pago.

- No es necesario que use el formulario, pero nos ayudará a procesar la información
más rápido.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (**azblue.com/medicare**) o llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona), o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) y pida el formulario.

Para servicios médicos, envíe su solicitud de pago por correo junto con las facturas o recibos que pueda haber a esta dirección:

Blue Cross Blue Shield of Arizona
P.O. Box 29234
Phoenix, AZ 85038

Para los medicamentos con receta, envíe su solicitud de pago por correo con las facturas o recibos a esta dirección:

Optum Rx Claims Department
P.O. Box 650287
Dallas, TX 75265-0287

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos sí o no

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos más información de usted. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento está cubierto y usted siguió todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Es posible que

nuestra parte del costo no sea la cantidad total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que nuestro precio negociado). Si ya pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o si *no* siguió todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no enviamos el pago y sus derechos para apelar
esa decisión.

Sección 3.1 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o la cantidad que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límites importantes. Para obtener más información sobre cómo hacer esta apelación, vaya al Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

Sección 1.1 Debemos darle información de una manera que sea conveniente para usted y que concuerde con sus sensibilidades culturales (en idiomas que no sean inglés, braille, letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

Debemos darle información de una manera que funcione para usted y según la conciencia cultural (idiomas que no sean inglés, braille, letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

Su plan está obligado a asegurarse de que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de manera culturalmente competente y estén accesibles para todos los miembros, incluyendo las personas con poco dominio del inglés, competencias de lectura limitadas, discapacidad auditiva o que tienen diversos orígenes culturales y étnicos. Los ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos para contestar preguntas de miembros que no hablan inglés. También podemos ofrecerle la información en español, braille, en letra grande u otro formato alternativo si costo, si usted lo necesita. Estamos obligados a darle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Nuestro plan está obligado a darles a las miembros la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica de rutina y preventiva para mujeres.

Si los proveedores de la red de nuestro plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad de nuestro plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le den la atención necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si está en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre dónde ir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, consultar a un especialista en salud de la mujer o

buscar un especialista de la red, llame para presentar una queja formal a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (TTY: **711**). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se den de una manera consciente de la cultura de la población y sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidas las personas con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o con cultura y orígenes étnicos diversos. Ejemplos de cómo un plan puede cumplir con los requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (modo teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos darle información en braille, letra grande u otros formatos alternativos sin costo, si la necesita. Debemos ofrecerle información sobre los beneficios del plan en un formato accesible y adecuado para usted. Llame a Servicio al Miembro para obtener información de una manera que funcione para usted.

Nuestro plan debe dar a las mujeres inscritas la opción de contar con acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

Si no hay un proveedor de la red del plan para una especialidad, es responsabilidad del plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le den la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará el costo compartido dentro de la red. En caso de que no encuentre especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde debe acudir para obtener este servicio y pagar solo los costos compartidos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consultar a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame a Servicio al Miembro para presentar una queja al **480-937-0409** (en Arizona) o al número gratuito **1-800-446-8331** (TTY: **711**). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697 para presentar un reclamo ante Medicare.

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

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red de nuestro plan para prestar y coordinar sus servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión.

Usted tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan *en un período de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho de obtener servicios oportunos de especialistas cuando necesita esa atención. Usted también tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta en cualquier farmacia de nuestra red sin grandes demoras.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D en un período de tiempo razonable, el Capítulo 9 le dice lo que puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de su expediente médico y de su información médica personal. Protegemos su información médica personal como lo exigen
esas leyes.

- Su información médica personal incluye la información personal que nos dio cuando se inscribió en este plan, su expediente médico y otra información médica y de salud.
    - Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control de cómo se usa su información médica. Le entregamos un aviso por escrito llamado *Aviso de prácticas* de privacidad que habla sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que las personas que no están autorizadas no vean ni modifiquen sus registros.
- Excepto en las circunstancias indicadas abajo, si pretendemos dar su información médica a alguien que no le está dando atención ni pagando su atención, *estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito o de alguien a quien usted haya dado el poder legal para tomar primero decisiones por usted*.
- Hay ciertas excepciones que no requieren que obtengamos su permiso por escrito primero. La ley permite o exige estas excepciones.
    - Estamos obligados a revelar la información médica a las agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención.
    - Como usted es miembro de nuestro plan por medio de Medicare, estamos obligados a darle a Medicare su información médica, incluyendo la información sobre sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare revela su información para usos de investigación u otros, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentaciones federales; generalmente esto exige que no se comparta la información que lo identifica particularmente.

Puede consultar la información en su expediente y saber cómo se compartió con otras personas

Usted tiene derecho a ver su expediente médico que tiene nuestro plan y a obtener una copia del expediente. Podemos cobrarle un cargo por hacer copias. También tiene derecho de pedirnos que agreguemos o corrijamos su expediente médico. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se compartió su información médica con otras personas para cualquier propósito que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o preocupaciones sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).



Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

El contenido dado aquí fue adaptado del Aviso de prácticas de privacidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU (U.S. Department of Health and Human Services). Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede tener acceso a esta información. **Revíselo Cuidadosamente.**

Sus derechos

Usted tiene derecho a:
- Obtener una copia de sus expedientes médicos y de reclamos
- Corregir su expediente médico y de reclamos
- Pedir comunicaciones confidenciales
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de las personas con quienes hemos compartido la información
- Recibir una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien para que actúe en su nombre
- Presentar una queja si cree que se violaron sus derechos de privacidad

Sus opciones

Usted tiene algunas opciones para la manera en que podemos usar y compartir información cuando:
- Respondemos preguntas de cobertura de su familia y amigos
- Damos ayuda en caso de desastres

Nuestros usos y revelaciones

Podemos usar y compartir (revelar) su información mientras:
- Ayudamos a dirigir su tratamiento de atención médica
- Administramos nuestra organización
- Pagamos sus servicios médicos
- Administramos su plan médico
- Ayudamos con asuntos de salud y seguridad pública
- Hacer una investigación
- Cumplir la ley
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajamos con el examinador médico o director de funeraria
- Atendemos las solicitudes de compensación de los trabajadores, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Respondemos a demandas y acciones legales

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Para ejercer cualquiera de esos derechos llame a Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este documento) o llame a la Oficina de Privacidad al **602-864-2255** o al **800-232-2345, ext. 2255.**

Obtener una copia de sus expedientes médicos y de reclamos

- Puede pedir que le enseñemos o le entreguemos una copia de sus expedientes médicos y de reclamos y demás información médica que tengamos sobre usted. Para preguntarnos cómo hacerlo llame a Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este documento).
- Le daremos una copia o un resumen de sus expedientes médicos y de reclamos, por lo general en un plazo de 30 días a partir de su solicitud. Es posible que cobremos un cargo razonable, basado en el costo.

Pedirnos que corrijamos sus expedientes médicos y de reclamos

- Puede pedirnos que corrijamos sus expedientes médicos y de reclamos si cree que tienen errores o están incompletos. Para preguntarnos cómo hacerlo llame a Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este documento).
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le diremos el motivo, por escrito, en un plazo de 60 días.

Pedir comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa o de la oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir “sí” si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no usemos ni compartamos cierta información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir “no” si eso afectara su atención médica.

Obtener una lista de las personas con que hemos compartido la información

- Puede pedir una lista (llamada solicitud de explicación) de las veces que hemos compartido su información médica, con quién la compartimos y por qué, hasta de seis años antes de la fecha en que la pide.

- Incluiremos todas las revelaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras revelaciones (como las que usted nos haya pedido que hiciéramos). Le daremos un informe gratis por año, pero le cobraremos un cargo razonable basado en el costo si pide otro informe en un plazo menor de 12 meses.

Recibir una copia de este aviso de privacidad

Puede pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibir el aviso de forma electrónica. Le daremos una copia impresa lo más pronto posible.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si le dio a alguien un poder médico o si alguien es su tutor, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esa autoridad y pueda actuar en su nombre antes de hacer algo.

Presentar una queja si cree que se violan sus derechos

- Puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros a:

  AZ Blue Privacy Office,
  PO Box 13466, C300, Phoenix, AZ 85002-3466;
  llamando al 602-864-2255 o al 1-800-232-2345, ext. 2255;
  o enviándonos un correo electrónico a PrivacyOffice@azblue.com

- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a:

  200 Independence Avenue, S.W.,
  Washington, D.C. 20201;
  llamando al 1-877-696-6775;
  o visitando hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html

- No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

Sus opciones

Usted tiene derecho de elegir personas específicas (familia, amigos cercanos u otros) con quienes podemos compartir cierta información médica, en situaciones específicas. Estas son:

1. Personas que pueden estar involucradas en ayudarlo a recibir atención médica o pagar los servicios, como:

a. Un amigo que algunas veces recoge sus medicamentos

b. Un familiar cercano que se encarga de sus facturas médicas

c. Un hijo o hija que lo acompaña a las consultas médicas

2. Las personas que usted quiere que contactemos si tiene una emergencia médica

En una situación de desastre, podría ser lo mejor para usted que compartamos su información médica protegida con entidades públicas o privadas que tienen permitido por la ley tener esa información para ayudar en casos de desastres. Sin embargo, es su decisión. Usted puede decirnos si nos autoriza compartir su información con esas organizaciones en el caso de un desastre.

Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen arriba, avísenos. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

Si no puede decirnos su preferencia. Por ejemplo, si está inconsciente, podemos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a su salud o seguridad.

En esos casos, *nunca* compartimos su información, a menos que nos autorice por escrito:

- Para fines de mercadeo
- Venta de su información

Nuestros usos y revelaciones

¿CÓMO USAMOS O COMPARTIMOS NORMALMENTE SU INFORMACIÓN MÉDICA?

Normalmente usamos o compartimos su información médica para:

Ayudar a dirigir su tratamiento de atención médica
Podemos usar su información médica y compartirla con los profesionales que estén tratándolo.

Ejemplo: Un médico nos envía información de su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar más servicios.

Administrar nuestra organización

- Podemos usar y revelar su información para administrar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No podemos usar la información genética para decidir si le damos la cobertura ni para establecer el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a
largo plazo.

Ejemplo: Usamos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted.

Pagar sus servicios médicos

Podemos usar y revelar su información médica a medida que pagamos sus servicios médicos.

> **Ejemplo:** Podemos compartir su información con su plan dental para coordinar el pago del trabajo dental.

Administrar su plan

Podemos revelar su información médica al patrocinador de su plan médico para la administración del plan.

> **Ejemplo:** La compañía nos contrata para dar el plan médico y nosotros le damos a la compañía ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

¿DE QUÉ OTRA MANERA PODEMOS USAR O COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA?

Tenemos permitido o debemos compartir su información de otras maneras, generalmente de formas que contribuyan al bien público, como para la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones según la ley antes de que podamos compartir su información con ese propósito.

Para obtener más información visite:
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

Ayudar con asuntos de salud y seguridad pública

Podemos compartir su información médica para ciertos propósitos de salud pública, como:

- Prevenir enfermedades
- Ayudar a retirar productos del mercado
- Reportar reacciones adversas (como efectos secundarios adversos o reacciones alérgicas) a medicamentos
- Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de alguien

Hacer una investigación

Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

Cumplir la ley

Compartiremos su información si lo exigen las leyes estatales o federales, incluyendo con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si ellos quieren confirmar que estemos cumpliendo la ley federal de privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con el examinador médico o director de funeraria

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones que se encargan de donación y trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- Cuando fallece una persona, podemos compartir la información médica con un médico forense, examinador médico o director de funeraria.

Atender las solicitudes de compensación de los trabajadores, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

Podemos usar o compartir su información médica:

- Para reclamos de compensación de los trabajadores
- Para propósitos de cumplimiento de la ley o con un oficial del orden público
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales como servicios de las fuerzas armadas, de seguridad nacional y de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos obliga a mantener la privacidad y la seguridad de su información médica protegida (PHI).
- Le avisaremos de inmediato si hay una vulneración que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso.
- Si pide una copia impresa de este aviso, debemos dársela.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos autoriza hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Avísenos por escrito si cambia
de opinión.

Para obtener más información visite:
hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

Cambios a los términos de este aviso

Fecha de entrada en vigor: 14 de abril de 2013

Podemos cambiar los términos de este aviso en cualquier momento y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos de usted. Si lo hacemos, publicaremos un aviso revisado en nuestro sitio web, azblue.com. En nuestro siguiente envío por correo anual después de que se hayan hecho cambios, incluiremos una copia del aviso

revisado o una explicación de los cambios y las instrucciones para que pueda obtener una copia del aviso revisado.

Si usted o alguien al que está ayudando tiene preguntas sobre Blue Cross Blue Shield of Arizona, tiene el derecho de recibir ayuda e información en su idioma, sin costo. Obtenga más información en:

https://edge.sitecorecloud.io/bluecross-6f8ea2ea/media/project/bcbs-az/azblue/data/media/files/legal/meaningful-access.pdf

Lea nuestro Aviso de no discriminación en:
https://www.azblue.com/misc/nondiscrimination/notice

Sección 1.4 Debemos darle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de Blue Best Life Select, tiene derecho de recibir de nosotros varios tipos de información.

Si quiere alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información sobre nuestros proveedores y farmacias dentro de la red.** Usted tiene el derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y normas que debe seguir cuando usa su cobertura.** En los Capítulos 3 y 4 tienen información relacionada con los servicios médicos. En los Capítulos 5 y 6 hay información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
  El Capítulo 9 da información de cómo pedir una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura es restringida. En el Capítulo 9 también hay información de cómo pedirnos cambiar una decisión, también llamado una apelación.

Sección 1.5 Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su condición médica y sus opciones de tratamiento *de manera que pueda entenderlas*.

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

- **Para conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a que le informen de todas las opciones de tratamiento recomendadas para su condición, sin importar cuánto cuesten o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye que le hablen sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber los riesgos.** Usted tiene derecho de que le hablen sobre cualquier riesgo que haya en su atención. Se le debe informar con antelación si algún tratamiento o atención médica propuesta es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Derecho a decir "no".** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho de irse de un hospital o de otro centro médico, aún si su médico le recomienda que no lo haga. También tiene el derecho de dejar de tomar sus medicamentos. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, usted acepta toda la responsabilidad de lo que le suceda a su cuerpo como resultado de su decisión.

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

A veces las personas pierden la capacidad de tomar decisiones de atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir lo que quiere que le suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si quiere*, usted puede:

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

Los documentos legales que puede usar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman **directivas anticipadas**. Documentos como un **testamento vital** y un **poder notarial para la atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Cómo hacer una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas de su abogado, un trabajador social o algunas tiendas de suministros de oficina. A veces se pueden obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que dan información sobre Medicare. También puede llamar a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para pedir los formularios.
- **Rellene el formulario y fírmelo.** No importa dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere la posibilidad de que un abogado lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario que pueda tomar decisiones por usted, si usted no puede. Puede ser conveniente que entregue copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

Si sabe con antelación que va a ser hospitalizado y firmó una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital**.

- El hospital le preguntará si firmó un formulario de directivas anticipadas y si lo tiene
con usted.
- Si no firmó un formulario de directivas anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si quiere firmar uno.

Completar una directiva anticipada es su decisión (incluso si quiere firmar una si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle la atención ni discriminarlo basándose en si firmó una directiva anticipada o no.

Si no se siguen las instrucciones

Si firmó instrucciones anticipadas y cree que un médico o un hospital no las cumplió, puede presentar una queja ante el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico de Arizona escribiendo a DES Division of Aging and Adult Services, Arizona State Health Insurance Assistance Program, 1789 W. Jefferson Street, #950A, Phoenix, AZ 85007, o por teléfono llamando al 602-542-4446 o al 1-800-432-4040 (línea directa en todo el estado para dejar un mensaje). Los usuarios de TTY pueden llamar sin costo al Servicio de retransmisión de Arizona al 711. También puede visitar el sitio web del Programa estatal de asistencia de seguro médico de Arizona en: https://des.az.gov/services/older-adults/medicare-assistance.

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

Si tiene algún problema, preocupación o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento indica lo que puede hacer. Haga lo que

haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o queja), **estamos obligados a tratarlo de manera justa**.

Sección 1.7 Si cree que lo están tratando injustamente o que no se respetan sus derechos

Si cree que lo trataron injustamente o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, país de origen, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Office for Civil Rights, Department of Health and Human Services) al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697), o llame a su Oficina local de Derechos Civiles.

Si cree que lo trataron injustamente o que no se han respetado sus derechos *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que tiene en estos lugares:

- **Llame a Servicios para Miembros al 480-937-0409 (en Arizona), o gratis al 1-800-446-8331 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local.** Para obtener información, vea el Capítulo 2, Sección 3.
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Servicios para Miembros de nuestro plan al 480-937-0409 (en Arizona), o gratis al 1-800-446-8331 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local.** Para obtener información, vea el Capítulo 2, Sección 3.
- **Comuníquese con Medicare.**
    - Visite Medicare.gov para leer la publicación “Sus Derechos y Protecciones de Medicare”. (disponible en: Medicare Rights & Protections)
    - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

Lo que debe hacer como miembro de nuestro plan se menciona abajo. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Use esta *Evidencia de cobertura* para saber qué está cubierto y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos.
    - En los Capítulos 3 y 4 hay información sobre los servicios médicos.
    - En los Capítulos 5 y 6 hay información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura médica o cobertura de medicamentos además de nuestro plan, debe informarnos.** En el Capítulo 1 obtiene información sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre nuestra tarjeta de membresía del plan cada vez que reciba atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a que lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y completando su atención.**
    - Para obtener la mejor atención, hable con sus médicos y otros proveedores de atención médica 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, incluyendo los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
    - Si tiene preguntas, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea amable.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de manera que ayude a que funcione todo sin problemas en el consultorio de su médico, en los hospitales y en otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
    - Debe continuar pagando una prima por su Parte B de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
    - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo cuando reciba el servicio o el medicamento.
    - Si debe pagar una penalización por inscripción tardía, debe pagarla para mantener su cobertura de medicamentos.
    - Si debe pagar la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando la cantidad adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.

- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio del plan, necesitamos saberlo** para que se pueda mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, avísele al seguro social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).**

CAPÍTULO 9:
Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Lo que debe hacer si tiene un problema o preocupación

Este capítulo explica 2 tipos de procesos para manejar problemas y preocupaciones:

- Para algunos tipos de problemas, necesita usar el **proceso de decisiones y apelaciones de cobertura**.
- Para otros tipos de problemas, necesita usar el **proceso de poner quejas;** también llamado quejas formales.

Ambos procesos están aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y fechas límite que debemos respetar usted y nosotros.

La información de este capítulo lo ayudará a identificar el proceso correcto que debe usar y qué hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Hay términos legales técnicos para algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos no son familiares para la mayoría de las personas. Para facilitar las cosas, este capítulo usa palabras más familiares en lugar de algunos términos legales.

Pero a veces es importante saber los términos legales correctos. Para ayudarlo a saber qué términos usar para obtener la ayuda o la información correcta, incluimos estos términos legales cuando damos la información para manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Siempre debe llamar a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener ayuda. En algunas situaciones, es posible que también quiera ayuda u orientación de alguien que no esté conectado con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarlo son:

Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa de gobierno con asesores capacitados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan médico. Los consejeros de este programa pueden ayudarlo a entender qué proceso debe usar para manejar un problema que está teniendo. También pueden responder preguntas, darle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Para obtener información, vea el Capítulo 2, Sección 3.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

- Llame 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.
- Visite Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Qué proceso usar para su problema

¿Está relacionado su problema o preocupación con sus beneficios o cobertura?

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

Sí.

Vaya a la **Sección 4, Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Consulte la **Sección 10, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras preocupaciones.**

Decisiones sobre cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluyendo el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a

artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Puede usar el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para cuestiones como si algo está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de nuestro plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable a menos que usted o su médico de la red puedan demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o la *Evidencia de cobertura* deje en claro que el servicio remitido nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se niega a darle la atención médica que cree que necesita.

En circunstancias limitadas se desestimará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta; si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo; o si usted pide que se elimine la solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos determinar que la atención médica no está cubierta o que ya no está cubierta para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar
una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una acción formal para pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos. En ciertas circunstancias, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación la manejan diferentes revisores a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, se llama apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos correctamente las normas. Cuando completamos la revisión, le daremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que quiere decir que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está autorizado legalmente para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si

desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos total o parcialmente su apelación de Nivel 1 para recibir atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 hecha por una organización de revisión independiente no relacionada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Vaya a la **Sección 5.4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan más en la Sección 6.

Si no está satisfecho con la decisión en la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación (este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.1 Obtener ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

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

- **Llámenos a Servicios para Miembros al 480-937-0409 (en Arizona) o gratis al 1-800-446-8331 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Obtenga ayuda gratis** de su Programa estatal de asistencia con el seguros médico
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación después del Nivel 2, tendrá que nombrarlo su representante. Llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) y entre 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre y los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y pida el formulario *de Designación de representante*. (El formulario también está disponible en cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en **azblue.com/medicare**.)
    - Para la atención médica o los medicamentos de la Parte B, su médico puede pedir una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación en el Nivel 1, automáticamente se trasladará al Nivel 2.
    - Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otro profesional que emita 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 profesional que emita recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que lo represente.** Puede nombrar 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 Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) y pida el *formulario de Designación de representante*. (El formulario también está disponible en cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en azblue.com/medicare.) Este formulario le da permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que quiere que actúe en su nombre. Deberá darnos una copia del formulario firmado.
- Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación se desestimará. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de remisión. Hay grupos que le darán servicios legales gratis si califica. Pero **no es necesario que contrate un abogado** para solicitar ningún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.2 Normas y fechas límite para diferentes situaciones

Hay 4 situaciones diferentes que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes normas y fechas límite. Damos la información de cada una de estas situaciones:

- **Sección 5:** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Cómo pedirnos que cubramos una estancia en el hospital como paciente hospitalizado más larga si cree que le están dando de alta demasiado pronto
- **Sección 8:** Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará muy pronto (*Se aplica únicamente a estos servicios:* atención médica en casa, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF))

Si no está seguro de qué información se aplica a usted, llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 5.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para la atención médica o quiere que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

Sus beneficios para la atención médica se describen en el Capítulo 4 de la Cuadro de beneficios médicos. En algunos casos, se aplican normas diferentes a una solicitud de un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos de la Parte B de las normas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección indica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las 5 situaciones siguientes:

1. No está recibiendo cierta atención médica que quiere y cree que está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico quiera darle, y usted cree que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que debería estar cubierta por nuestro plan, pero dijimos que no pagaríamos por esta atención. **Cómo presentar una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó por atención médica que cree que debería estar cubierta por nuestro plan, y quiere pedirle a nuestro plan que le reembolse esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le informa que la cobertura de cierta atención médica que estuvo recibiendo y que aprobamos previamente se reducirá o suspenderá y usted cree que reducir o suspender esta atención podría perjudicar su salud. **Cómo presentar una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es por atención en el hospital, atención médica en casa, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF), vaya a las Secciones 7 y 8. En estos tipos de atención se aplican reglas especiales.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Una decisión de cobertura relacionada con su atención médica se llama **determinación de la organización.**

Una decisión de cobertura rápida se llama una **determinación expedita**.

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

Por lo general, se toma una decisión de cobertura estándar dentro de los 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma en un plazo de 72 horas para servicios médicos o de 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir 2 requisitos:

- *Solo* puede *solicitar* cobertura para artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos o servicios que ya recibió).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de las fechas límite estándar podría causar un daño grave a su salud o dañar su capacidad para recuperar la función.

Si su médico nos dice que por su salud se necesita una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente 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 que:

- Explique que usaremos los plazos estándar.
- Explique que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
- Explique que puede presentar una queja rápida sobre nuestra determinación de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Solicite a nuestro plan que tome la decisión de cobertura o la decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o cubramos la atención médica que quiere. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. En el Capítulo 2 hay información de contacto.

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

Para las decisiones de cobertura estándar usamos las fechas límite estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 7 días calendario desde que recibamos su solicitud de un artículo o servicio médico que esté sujeto a sus normas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico solicitado no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario desde que recibamos su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas desde que recibamos su solicitud.

- **Sin embargo**, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos **tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si necesitamos más días, le avisaremos por escrito. No podemos extender el tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si cree que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de apelaciones y decisiones de cobertura. Vaya a la Sección 10 para obtener información sobre quejas).

Para decisiones de cobertura rápida, usamos un plazo expedito

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le responderemos en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo**, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos **tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si necesitamos más días, le avisaremos por escrito. No podemos extender el tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si cree que *no deberíamos* tomarnos más días, puede presentar una *queja rápida*. Vaya a la Sección 10 para obtener más información sobre quejas. Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

- Si respondemos que no, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esa decisión mediante una apelación. Esto quiere decir que debe pedir de nuevo la cobertura de atención médica que quiere. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 5.3 Cómo hacer una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se llama **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se llama una **reconsideración expedita**.

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

Normalmente, una apelación estándar se presenta en un plazo de 30 días calendario, o 7 días calendario para medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se hace en el plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención, usted o su médico deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que los para obtener una decisión de cobertura rápida en la Sección 5.2.

Paso 2: Pida a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** En el Capítulo 2 hay información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 hay información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que está en el aviso por escrito que enviamos para darle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple la fecha límite y tiene un buen motivo para no cumplirla, explique el motivo del atraso cuando presente su apelación. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de buena causa pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.** Podemos cobrar una tarifa por la copia y el envío de esta información.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan está revisando su apelación, vemos cuidadosamente toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando denegamos su solicitud.

- Recopilaremos más información si es necesario y es posible que nos comuniquemos con usted o su médico.

Fechas límite para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas desde que recibamos su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si es necesario por su salud.
    - Si pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos **tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si necesitamos más días, le avisaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
    - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final del período de tiempo extendido si tardamos más días), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o dar la cobertura que acordamos en un plazo de 72 horas desde que recibimos su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le avisará por escrito cuando reciba su apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** desde que recibimos su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** desde que recibimos su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si su condición médica lo requiere.
    - Si pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos **tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si necesitamos más días, le avisaremos por escrito. No podemos extender el tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
    - Si cree que no deberíamos tomarnos más días, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Vaya a la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas).
    - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al final del período de tiempo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La

organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o dar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza total o parcialmente su apelación,** enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Sección 5.4 El proceso de apelación de Nivel 2

Términos legales

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **entidad de revisión independiente**. A veces se la llama **IRE (Independent Review Entity).**

La **organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decidirá si la decisión que tomamos es correcta o si debemos cambiarla. Medicare supervisa lo
que hace.

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

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se conoce como su **expediente del caso**. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.** Podemos cobrarle una tarifa por la copia y el envío de esta información.
- Tiene derecho a darle información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información sobre su apelación.

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

- Para la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** desde que recibe su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo a usted, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. Si toman días adicionales, le notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomarse

más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

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

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** desde que recibe su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo a usted, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. Si toman días adicionales, le notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

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

La organización de revisión independiente lo informará por escrito de su decisión y explicará las razones de la decisión.

- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a una parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de **72 horas** o prestar el servicio en un plazo de 14 días calendario desde que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes rápidas**, tenemos **72 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a una parte o a la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o dar el medicamento de la Parte B en un plazo de **72 horas** desde que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar.** Para las **solicitudes rápidas**, tenemos **24 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización rechaza total o parcialmente su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura para atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
  - Explica la decisión.
  - Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple cierto mínimo. El aviso por escrito que

usted recibe de la organización de revisión independiente le dirá la cantidad en dólares necesaria para continuar con el proceso de apelaciones.

- Le dice cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, usted elige si quiere continuar con su apelación.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación). Si quiere pasar a una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso por escrito que recibirá después de la apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador se encarga de la apelación de Nivel 3. La Sección 9 explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 5.5 Si nos pide que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica

El Capítulo 7 describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. Además, dice cómo enviarnos los documentos para pedirnos el pago.

Pedir un reembolso es solicitarnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación solicitando un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También verificaremos si siguió las normas para usar su cobertura para atención médica.

- **Si respondemos sí a su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y siguió las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo generalmente en un plazo de 30 días calendario, pero no más de 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si no pagó la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta o *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En lugar de eso, le enviaremos una carta diciendo que no pagaremos la atención médica y las razones.

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

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelación en la Sección 5.3. Para las apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta:

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario desde que recibimos su apelación. Si nos pide que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviar el pago a usted o al proveedor en el plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es sí en cualquier etapa del proceso de apelación 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 de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Para que esté cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener información sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección es únicamente sobre los medicamentos de la Parte D.** Para simplificarlo, generalmente decimos *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez *medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D*. Nosotros también usamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir tal como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito explicando cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión
de cobertura.

Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D

Términos legales

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se llama una **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. Esta sección indica lo que puede hacer si está en alguna de las siguientes situaciones:

- Solicita que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista* de medicamentos de nuestro plan. **Cómo solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar que se anule una restricción en la cobertura de un medicamento de nuestro plan (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener, criterios de autorización previa o el requisito de probar otro medicamento primero). **Cómo solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Está pidiendo que paguemos una cantidad de costos compartidos más baja por un medicamento cubierto en un nivel de costos compartidos más alto. **Pida una excepción. Sección 6.2**
- Está pidiendo la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Paga por un medicamento con receta que ya compró. **Cómo pedirnos que le reembolsemos el pago. Sección 6.4**

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

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 Solicitar una excepción

Términos legales

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos es una **excepción al formulario**.

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento es una **excepción al formulario**.

Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto es una **excepción de nivel.**

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

Para que nosotros consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro proveedor que receta deberán explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Aquí hay 3 ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro profesional que emite recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos en el Nivel 4. No puede solicitar una excepción a la cantidad de costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.

2. **Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5 se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican en ciertos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y renunciar a una restricción para usted, puede solicitar una excepción a la cantidad de costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel más bajo de costo compartido.** Cada medicamento de nuestra Lista de medicamentos está en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto menor sea el nivel de costo compartido, menos pagará como parte del costo del medicamento.

    - Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su condición médica que están en un nivel de costo compartido menor que su medicamento, puede solicitar que cubramos su medicamento en la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.

    - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento con un costo compartido más bajo. Esto sería el nivel más bajo que tenga alternativas de productos biológicos para tratar su condición.

    - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento a la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contenga alternativas de nombres de marca para tratar su condición.

    - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento a la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contenga alternativas, ya sea de marca o genéricas, para tratar
      su condición.

    - No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento en el nivel 5 de medicamentos especializados.

    - Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente usted paga la cantidad más baja.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber sobre pedir excepciones

Su médico debe decirnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que emita recetas debe darnos una declaración que explique las razones médicas por las que solicita una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico o de otro proveedor que receta cuando solicite la excepción.

Nuestra Lista de medicamentos generalmente incluye más de un medicamento para tratar una condición en particular. Estas posibilidades diferentes se llaman medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el medicamento que está solicitando y no causara más efectos secundarios u otros problemas médicos, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido más bajos no funcionen tan bien para usted o es probable que causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos responder sí o no a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta el final del año de nuestro plan. Esto es cierto siempre que su médico siga recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si denegamos su solicitud, puede pedir una otra revisión presentando una apelación.

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción

Términos legales

Una decisión de cobertura rápida se llama una **determinación de cobertura expedita**.

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

Las decisiones de cobertura estándar se toman en un plazo de **72 horas** después de que recibamos su solicitud. **Las decisiones de cobertura rápida** se toman en un plazo de **24 horas** después de que recibamos su solicitud.

Si lo necesita por su condición médica, solicítenos que le demos una decisión de cobertura rápida. **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir 2 requisitos:**

- Debe estar pidiendo un medicamento que aún no recibió. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para pagar un medicamento que ya compró).
- Usar las fechas límite estándar puede ocasionar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para funcionar.
- **Si su médico u otro profesional que emite recetas nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o del profesional que emite recetas, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:

- Explique que usaremos los plazos estándar.
- Explique que si su médico u otro profesional que emita recetas solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
- Le dice cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra determinación de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos su queja en un plazo de 24 horas después de recibirla.

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

Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para pedirnos que autoricemos o demos cobertura para la atención médica que quiere. También puede tener acceso al proceso de decisión de cobertura en nuestro sitio web. Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito, incluyendo las solicitudes que se presenten en el *formulario de Solicitud de determinación de cobertura del modelo de CMS*, que está disponible en nuestro sitio web. En el Capítulo 2 hay información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que muestre qué reclamo denegado se está apelando.

Usted, su médico (u otro proveedor que receta) o su representante pueden hacerlo. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre. La Sección 4 indica cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, dé la declaración de respaldo** que son las razones médicas de la excepción. Su médico u otro proveedor que receta pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico u otro proveedor que receta pueden explicarnos por teléfono y luego enviar por fax o por correo una declaración por escrito, si es necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Fechas límite para una decisión rápida sobre cobertura

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas** después de la recepción de su solicitud.
  - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
  - Si no cumplimos esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le notificaremos por escrito si su solicitud se ha enviado a la organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es Sí a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos dar la cobertura que acordamos en un plazo de 24 horas después de la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.

- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no recibió

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de las 72 horas** después de la recepción de su solicitud.
  - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta en el plazo de las 72 horas después de la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si es necesario por su salud.
  - Si no cumplimos esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le notificaremos por escrito si su solicitud se ha enviado a la organización de revisión independiente
- **Si nuestra respuesta es Sí a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos **dar la cobertura** que acordamos **en un plazo de 72 horas** después de la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Los plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no cumplimos esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le notificaremos por escrito si su solicitud se ha enviado a la organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** también debemos hacerle el pago en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

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

- Si respondemos que no, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esa decisión mediante una apelación. Esto quiere decir pedir de nuevo que obtenga

la cobertura del medicamento que quiere. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 6.5 Cómo hacer una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se llama una **nueva determinación** del plan.

Una apelación rápida se llama una **redeterminación expedita.**

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

Una apelación estándar generalmente se hace en el plazo de 7 días calendario. Una apelación rápida generalmente se hace en el plazo de 72 horas. Si lo necesita por su salud, pida una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibió, usted y su médico u otro profesional que emite recetas deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro proveedor que receta deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si es necesario por su salud que obtenga una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito.** En el Capítulo 2 hay información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 hay información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluyendo la que se presente en formulario *Modelo de los CMS de solicitud de redeterminación,* que está disponible en nuestro sitio web **azblue.com/MAPDDocs**. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que está en el aviso por escrito que enviamos para darle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple la fecha límite y tiene un buen motivo para no cumplirla, explique el motivo del atraso cuando presente su apelación. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de buena causa pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden añadir más información para respaldar su apelación. Podemos cobrar una tarifa por la copia y el envío de esta información.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificaremos si seguimos todas las normas cuando denegamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro proveedor que receta para obtener más información.

Fechas límite para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas desde que recibamos su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si es necesario por su salud.
    - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2. Le notificaremos por escrito si su solicitud se ha enviado a la organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos dar la cobertura que acordamos en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar por un medicamento que aún no recibió

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** desde que recibimos su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si aún no recibió el medicamento y su condición médica requiere que lo hagamos.
    - Si no le damos una decisión en un plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2. Le notificaremos por escrito si su solicitud se ha enviado a la organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos dar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibir su apelación.

- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no cumplimos esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le notificaremos por escrito si su solicitud se ha enviado a la organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** también debemos hacerle el pago en un plazo de **30 días calendario** después de recibir
su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si decimos que no a su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelación y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, eso significa que su apelación continuará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Cómo hacer una apelación de Nivel 2

Términos legales

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **entidad de revisión independiente**. A veces se la llama **IRE**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización decidirá si la decisión que tomamos es correcta o si debemos cambiarla. Medicare supervisa lo
que hace.

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

- Si decimos que no a su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** a la

organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.

- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** desde la fecha del aviso por escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o si tomamos una decisión desfavorable en relación con una determinación **en riesgo** bajo nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la organización de revisión independiente IRE. Le notificaremos por escrito si su solicitud se ha enviado a la organización de revisión independiente
- Enviaremos la información sobre su apelación a la independent review organization. Esta información se conoce como su **expediente del caso**. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso**. Podemos cobrarle una tarifa por la copia y el envío de esta información.
- Tiene derecho a darle información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

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

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

Fechas límite para la apelación rápida

- Si lo necesita por su salud, solicite a la organización de revisión independiente que le dé una apelación rápida.
- Si la organización de revisión acepta darle una apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un período de 72 horas** después de que reciba su solicitud de apelación.

Fechas límite para la apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no recibió. Si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después 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 dice que sí a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos dar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión independiente **en un plazo de 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente.

Para las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos **dar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización de revisión independiente **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud de reembolso** por un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

Si esta organización dice que no a una **parte o a toda** su apelación, quiere decir que están de acuerdo nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama **confirmar la decisión**. También como **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explica la decisión.
- Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva.
- Le indica 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 elige si quiere continuar con su apelación.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación).
- Si quiere pasar a una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador se encarga de la apelación de Nivel 3. La Sección 9 en este capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo pedirnos que cubramos una estancia en el hospital como paciente hospitalizado más larga si cree que le están dando de alta demasiado pronto

Cuando lo admiten en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios del hospital cubiertos necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estancia cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que salga del hospital. Ellos ayudarán a organizar la atención que pueda necesitar después de irse.

- El día en que se va del hospital se llama su **fecha del alta**.
- Cuando se decida su fecha del alta, su médico o el personal del hospital le avisarán.
- Si cree que se le está pidiendo que deje el hospital muy pronto, puede solicitar una estancia más prolongada en el hospital y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante su estancia en el hospital como paciente hospitalizado, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa de sus derechos

En el plazo de 2 días calendario desde su admisión en el hospital, se le dará un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos.* Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o un enfermero), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (TTY: **711**) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. **Lea este aviso detenidamente y siéntase en la libertad de hacer cualquier pregunta si no lo entiende.** Lo informa de:
    - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estancia en el hospital, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién los pagará y dónde los puede obtener.
    - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estancia en el hospital.
    - Dónde reportar cualquier preocupación que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
    - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle el alta si cree que le están dando el alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar un retraso en la fecha del alta, por lo que cubriremos su atención en el hospital por más tiempo.

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para mostrar que lo recibió y entiende sus derechos.**
    - Se le pedirá que firme el aviso usted o alguien que actúe en su nombre.
    - Firmar el aviso *solo* muestra que obtuvo la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con una fecha del alta.

3. **Guarde su copia** del aviso para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar de una preocupación sobre la calidad de la atención) si la necesita.
    - Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de la fecha del alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta.
    - Para ver una copia de este aviso con antelación, llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (TTY: **711**) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 7.2 Cómo hacer una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Para pedirnos que cubramos sus servicios del hospital como paciente hospitalizado por más tiempo, use el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de que comience, entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (TTY: **711**). O llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La información de contacto de SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha del alta planificada es médicamente apropiada para usted.

La **organización para el mejoramiento de la calidad** s un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que son pagados por el gobierno federal para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital de las personas con Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la organización para la mejora de la calidad en su estado y solicite una revisión de inmediato de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esa organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le dice cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, dirección y teléfono de la organización para el mejoramiento de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para hacer su apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de irse del hospital y **no después de la medianoche del día en que le den el alta**.
  - **Si cumple esta fecha límite,** puede permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin pagar por ello* mientras espera recibir la decisión de la organización para la mejora de la calidad.
  - **Si no cumple esta fecha límite, comuníquese con nosotros.** Si decide permanecer en el hospital después de la fecha del alta planificada, *es posible que deba pagar todos los costos de la* atención en el hospital que reciba después de la fecha del alta planificada.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos comuniquemos con nosotros, le daremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso le da su fecha planificada del alta y explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que se le dé el alta en esa fecha.
- Puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** llamando a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (TTY: **711**) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede obtener un aviso de muestra en línea en CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im..

Paso 2: La organización para la mejora de Calidad hace una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de atención médica en la organización para el mejoramiento de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted (a su representante) el motivo por el que cree que debe continuar la cobertura por los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nosotros y el hospital les dimos.

- Para el mediodía del día después de que los revisores nos informaron de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nuestra parte que le dará su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que se le dé el alta en esa fecha.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de recibir toda la información necesaria, la organización para la mejora de la calidad le dará su respuesta en cuanto a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión independiente dice *que sí*, **debemos seguir prestando sus servicios del hospital cubiertos como paciente hospitalizado durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones en sus servicios en el hospital cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión independiente dice que *no*, están diciendo que su fecha del alta planificada es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados 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 independiente dice que *no* a su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención en el hospital que reciba después del mediodía del día después de que la organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha del alta planificada, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Cómo hacer una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la organización para la mejora de la calidad que revise su decisión sobre su primera apelación. Si la organización para la mejora la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, puede ser que deba pagar el costo total de su estancia después de su fecha planificada para el alta.

Paso 1: Comuníquese de nuevo con la organización para la mejora de la calidad y pida otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después de la fecha en que la organización para la mejora de la calidad haya *denegado* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalice su cobertura para la atención.

Paso 2: La organización para la mejora de calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la organización para la mejora de la calidad analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de una apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.

Si la organización de revisión independiente dice que sí:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención en el hospital que recibió desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la organización para la mejora de la calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir dando cobertura para la atención hospitalaria como paciente hospitalizado por el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión independiente dice que no:

- Quiere decir que ellos están de acuerdo con la decisión que tomaron respecto a su apelación de Nivel 1. Esto se llama confirmar la decisión.
- El aviso que reciba le dirá por escrito lo que puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es no, debe decidir si quiere seguir con su apelación pasando al Nivel 3.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación). Si quiere pasar a una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador se encarga de la apelación de Nivel 3. La Sección 9 de este capítulo indica más detalles acerca de los Niveles 3, 4, y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted cree que su cobertura terminará muy pronto

Cuando recibe **servicios de atención médica en casa, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación** cubiertos **(centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios por ese tipo de atención durante el tiempo que dicha atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir cualquiera de estos 3 tipos de atención para usted, debemos informarle con antelación. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención.*

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

Sección 8.1 Le informaremos con antelación cuándo finalizará su cobertura

Términos legales

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

1. **Recibe un aviso por escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. Este aviso le dice:
   - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una apelación rápida para pedirnos 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 *solo* muestra que recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de suspender la atención.

Sección 8.2 Cómo hacer una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si quiere pedirnos que cubramos su atención por un período de tiempo más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de que comience, entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla las fechas límite.**

- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (TTY: **711**). O llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La información de contacto de SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha final de su atención es médicamente apropiada.

La **organización para el mejoramiento de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento para dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la organización para la mejora de la calidad en su estado y solicite una *apelación rápida*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esa organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare)* le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, dirección y teléfono de la organización para el mejoramiento de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Debe comunicarse con la organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de inicio** que está en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si no cumple la fecha límite y quiere presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la organización para la mejora de la calidad usando la información de contacto que está en el *Aviso de no cobertura de Medicare*. El nombre, la dirección y el teléfono de la organización para la mejora de la calidad de su estado también están en el Capítulo 2.

Paso 2: La organización para la mejora de Calidad hace una revisión independiente de su caso.

Términos legales

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que da información sobre las razones para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de atención médica en la organización para el mejoramiento de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted (a su representante) el motivo por el que cree que debe continuar la cobertura por los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- La organización de revisión independiente también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le da nuestro plan.
- Al final del día en que los revisores nos informan de su apelación, usted recibirá de nuestra parte la *Explicación detallada de no cobertura*, donde se explica en detalle nuestras razones para finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de que tengan toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

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

- Si los revisores dicen *que sí a* su apelación, entonces **debemos seguir prestando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores es no?

- Si los revisores dicen *que no*, entonces **su cobertura terminará en la fecha que le informamos.**
- Si decide seguir recibiendo los servicios de atención médica en casa, atención en un centro de enfermería especializada o centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) después de esta fecha *cuando* finalice su cobertura, **usted tendrá que pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la respuesta de los revisores es *no* a su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo atención después de que haya terminado su cobertura de la atención, entonces puede presentar otra apelación de Nivel 2.

Sección 8.3 Cómo hacer una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la organización para la mejora de la calidad que revise nuevamente la decisión en su primera apelación. Si la organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar todos los costos de su atención médica en casa o en un centro de enfermería especializada, o los servicios en un

Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le hayamos informado que terminaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese de nuevo con la organización para la mejora de la calidad y pida otra revisión.

- Deberá pedir esta revisión **en el plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejora de la Calidad *haya denegado* su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

Paso 2: La organización para la mejora de calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la organización para la mejora de la calidad analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En el plazo de los 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente dice que sí?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos continuar dando cobertura** para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y puede haber las limitaciones de cobertura que correspondan.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente dice que no?

- Eso significa que ellos están de acuerdo con la decisión que se tomó respecto a su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le dirá por escrito lo que puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le dará información sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es no, debe decidir si quiere seguir con su apelación.

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación). Si quiere pasar a una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador se encarga de la apelación de Nivel 3. En la Sección 9 hay más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5

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

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones se rechazaron.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que apeló cumple ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no puede apelar más. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que incluyen apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de la misma manera que los 2 primeros niveles. Estos son los que se encargan de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez de derecho administrativo** o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador a su apelación es sí, el proceso de apelaciones *puede* haber terminado o *no*.** A diferencia de una decisión en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación del Nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o darle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos adjuntos. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o dar la atención médica en disputa.
- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador a su apelación es no, el proceso de apelaciones *puede* haber terminado o *no*.**
  - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación ha terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá habrá información de lo que debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

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

- **Si la respuesta es sí o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de la apelación de nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* haber terminado o *no*.** A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o darle la atención médica en un plazo de 60 días calendario desde que se reciba la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
- **Si la respuesta es no, o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* haber terminado o *no*.**
  - Si decide aceptar esa decisión que deniega su apelación, termina el proceso de apelaciones.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo dice que no a su apelación, el aviso que reciba le dirá si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *sí* o *no* a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

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

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones se rechazaron.

Si el valor del medicamento que apeló cumple una cierta cantidad en dólares, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si la cantidad en dólares es menor, no puede apelar más. La respuesta por escrito que recibe en su apelación de Nivel 2 explicará cómo ponerse en contacto y qué hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que incluyen apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de la misma manera que los 2 primeros niveles. Estos son los que se encargan de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador que trabaje para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es sí, se termina el proceso de apelaciones.** Debemos **autorizar o darle la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones rápidas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.**
  - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación ha terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá habrá información de lo que debe hacer para una apelación de nivel 4.

Apelación de Nivel 4

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

- **Si la respuesta es sí, se termina el proceso de apelaciones.** Debemos **autorizar o darle la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones rápidas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario después** de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.**
  - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación ha terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisar la apelación, el aviso le dirá si las normas le permiten pasar a una apelación de nivel 5. También le dirá con quién debe comunicarse y qué debe hacer después si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *si sí* o *no* a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

Cómo presentar quejas

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras preocupaciones

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

El proceso de quejas se usa *únicamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que resuelve el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿No está satisfecho con la calidad de la atención que recibió (incluyendo la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿No respetó alguien su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• ¿Ha sido grosero o irrespetuoso alguien con usted? • ¿Está insatisfecho con nuestros Servicios para Miembros? • ¿Siente que lo presionan a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado tiempo para conseguirla? • ¿Le ha tocado esperar demasiado tiempo a los médicos, farmacéuticos o a otros profesionales de atención médica? ¿O por nuestros Servicios para Miembros u otro personal de nuestro plan? ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera, en la sala de examen o cuando le dan una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o condición de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le dimos el aviso necesario? • ¿Es nuestra información por escrito difícil de entender?
Prontitud (Este tipo de quejas tienen que ver con la *prontitud* de nuestras acciones relacionadas con las	Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja sobre

Queja	Ejemplo
decisiones de cobertura y las apelaciones)	nuestra lentitud. Estos son ejemplos: • Nos pidió una *decisión de cobertura rápida* o una *apelación rápida* y dijimos que no, puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo los plazos para las decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos que estaban aprobados; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos las fechas límite necesarias para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo hacer una apelación de queja

Términos legales

Una **queja** también se llama una **queja formal**.

Hacer una queja se llama **presentar una queja formal**.

Usar el proceso de quejas se llama **usar el proceso para presentar una queja formal**.

Una **queja rápida** se llama **queja formal expedita**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Llamar a Servicios para Miembros al 480-937-0409 (en Arizona) o gratis al 1-800-446-8331 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) suele ser el primer paso.** Si hay algo más que deba hacer, Servicios para Miembros se lo hará saber.
- **Si no quiere llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- Puede enviarnos su queja por escrito por fax al **602-544-5662** (para quejas estándar) o al **602-544-5655** (para quejas rápidas). Le responderemos por escrito en un plazo de 30 días calendario para una queja estándar y en 24 horas para una queja rápida.

- Para las quejas formales presentadas por escrito, la respuesta será por escrito. Para las quejas formales que recibamos verbalmente, la respuesta puede ser verbal o por escrito, a menos que se pida específicamente que sea por escrito.
- El aviso de las quejas formales expeditas se debe recibir no más tarde de 24 horas después de recibirlas.
- Cuando se necesite la notificación por escrito para quejas formales expeditas, nuestro plan puede darle inicialmente el aviso verbal de la decisión y entregarle una confirmación de la decisión por escrito en un plazo de 3 días calendario después del aviso verbal.

  Nota: Una queja formal puede ser expedita solo por las siguientes razones:

  - Está relacionada con una decisión de no aceptar su solicitud de agilizar una determinación o apelación inicial y (solo para la Parte D) usted todavía no ha obtenido el medicamento.
  - Implica la decisión del plan de extender el período de tiempo relacionado con la determinación o apelación de una organización.

- El Plan debe completar la investigación sin demora según lo exija el caso, basado en su estado de salud, pero no más tarde de 30 días después de que se reciba la solicitud o en un plazo de 24 horas para las quejas formales expeditas. **Nota:** El plan puede tomar una extensión de 14 días si solicita la extensión o si el plan justifica la necesidad de más información y documenta cómo la demora es en su mejor beneficio. El plan debe avisarle rápidamente, por escrito, si se tomará la extensión y explicar el motivo de la demora.

- Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le daremos una queja rápida. Si tiene una queja rápida, significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- La **fecha límite** para presentar una queja es 60 días calendario a partir del momento en que haya tenido el problema del que quiere quejarse.

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

Si es posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama por teléfono con una queja, es posible que le demos una respuesta en esa misma llamada.

Respondemos la mayoría de las quejas en un plazo de 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora lo beneficia o si usted solicita más tiempo, **podemos tomar hasta 14 días calendarios más** (44 días calendario total) para responder a su queja. Si decidimos que necesitamos más días, se lo diremos por escrito.

Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le daremos una queja

rápida. Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.

Si no estamos de acuerdo con parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad del problema del que se queja, incluiremos nuestros motivos en nuestra respuesta.

Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización de mejora de calidad

Cuando su queja es sobre *la calidad de la atención*, tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la organización para la mejora de la calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2 hay información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja ala Organización de mejoramiento de la calidady a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.4 También puede informarle a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre Blue Best Life Select directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite medicare.gov/my/medicare-compliant. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar a 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10: Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en Blue Best Life Select puede ser **voluntaria** (su propia decisión) o **involuntaria** (no es su propia decisión):

- Puede dejar nuestro plan porque decide que *quiere* irse. En las Secciones 2 y 3 hay información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.

- También hay situaciones limitadas en las que estamos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 explica las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si deja nuestro plan, debemos continuar dándole atención médica y medicamentos con receta, y usted debe seguir pagando su costo compartido 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 abierta

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **período de inscripción abierta** cada año. Durante ese tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos y decida sobre su cobertura para el año siguiente.

- **El período de inscripción abierta** es del **15 de octubre al 7 de diciembre.**
- **Elija conservar su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el siguiente año.** Si decide cambiar a un plan nuevo, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de cobertura:
    - Otro plan médico de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos,
    - Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare separado.
    - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare separado

  - Si elige esta opción y recibe Ayuda adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare y continúa sin cobertura válida de medicamentos con receta por 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si después se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía finalizará en nuestro plan** 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

Puede hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El período de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan MA, desde el mes de derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho.
- **Durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage,** usted puede:
  - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura por medio de Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare separado al mismo tiempo.
- **Su membresía termina** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan de Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos 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 algunas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, los miembros de Blue Best Life Select pueden ser elegibles para terminar su membresía en otros momentos del año. Esto se llama un **Período de inscripción especial**.

Puede ser elegible para cancelar su membresía durante un período de inscripción especial si se aplica alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar Medicare.gov:

- Por lo general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para recibir Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos
  de Medicare.
- Si violamos nuestro contrato con usted.
- Si recibe atención en una institución, como un centro de atención residencial o un hospital de atención de largo plazo (LTC).

Nota: Si está en un programa de manejo de medicamentos anual, es posible que no pueda cambiar de planes. En el Capítulo 5, Sección 10 hay más información sobre los programas de manejo de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para saber si es elegible para un período de inscripción especial, llame a Medicare al
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar su cobertura médica de Medicare y la cobertura de medicamentos con receta. Usted puede elegir:

- Otro plan médico de Medicare con o sin cobertura de medicamentos,
- Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare separado.
- Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare separado

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare y continúa sin cobertura válida de medicamentos con receta por 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si después se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía generalmente finalizará** el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan.
- **Si recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de cobertura de sus medicamentos:** Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en la inscripción automática.

Sección 2.4 Obtenga más información sobre cuándo puede cancelar su membresía

Si tiene preguntas sobre cómo cancelar su membresía, puede:

- **Llame a Servicios para Miembros al 480-937-0409 (en Arizona) o gratis al 1-800-446-8331 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- Obtenga la información en el manual ***Medicare y usted 2027***.
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan médico de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan médico de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción en Blue Best Life Select cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare separado	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción en Blue Best Life Select cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.
Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare separado	• **Envíenos una solicitud por escrito para *cancelar la inscripción.*** Comuníquese con Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**) si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará su inscripción en Blue Best Life Select cuando comience su cobertura en Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, deberá seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios médicos y medicamentos por medio de nuestro plan

Hasta que su membresía termine, y su nueva cobertura de Medicare comience, deberá seguir recibiendo sus servicios médicos, artículos médicos y medicamentos con receta por medio de nuestro plan.

- **Continúe usando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Continúe usando nuestras farmacias o pedido por correo para surtir sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, nuestro plan cubrirá su estancia en el hospital hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Blue Best Life Select debe cancelar su membresía del plan en ciertas situaciones

Blue Best Life Select debe cancelar su membresía en nuestro plan si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y Parte B de Medicare
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio
- Si está fuera de nuestra área de servicio por más de 6 meses
    - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está en el área de nuestro plan
- Si lo encarcelan (va a prisión)
- If you’re no longer a United States citizen or national, or an eligible noncitizen
- Si miente u omite información sobre otro seguro que tenga que dé cobertura de medicamentos con receta
- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos el permiso
de Medicare)
- Si continuamente se comporta de una manera que es perjudicial y nos dificulta darle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos

el permiso
de Medicare)

- Si usted permite que alguien use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos hacer que se retire de nuestro plan por esta razón, a menos que primero tengamos la autorización de Medicare).
    - Si terminamos su membresía por ese motivo, Medicare podría pedir que el Inspector General investigue su caso.
- Si no paga las primas de su plan durante 90 días.
    - Debemos informarle por escrito que tiene 90 días para pagar la prima de su plan antes de que cancelemos su membresía.
- Si debe pagar la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos.

Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

Blue Best Life Select no puede pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con
la salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que se le pide que abandone nuestro plan por una razón relacionada con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarlo por escrito de nuestros motivos para cancelarla. Además, debemos explicarle como puede presentar una queja formal sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11: Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

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

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos por raza, origen étnico, país de origen, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamos, historia médica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica en el área de servicio. Todas las organizaciones que dan planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales en contra de la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de derechos civiles de 1964, la Ley de rehabilitación de 1973, la Ley de discriminación de edad de 1975, la Ley de estadounidenses con discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del cuidado de salud asequible, todas las otras leyes que se aplican a organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra ley y norma que se apliquen por cualquier otra razón.

Si quiere obtener más información o tiene preocupaciones sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Office for Civil Rights, Department of Health and Human Services) al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Si tiene una queja, como un problema con acceso para sillas de rueda, Servicios para Miembros le puede ayudar.

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 para los que Medicare no es el principal pagador. De acuerdo con las reglamentaciones de CMS en las secciones 422.108 y 423.462 de 42 CFR, Blue Best Life Select, como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría según las reglamentaciones de CMS en las subpartes B a la D de la parte 411 de 42 CFR, y las reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Declaración de revelación

Usted, el miembro, por este medio reconoce expresamente su comprensión de que esta póliza es un contrato únicamente entre usted y Blue Cross Blue Shield of Arizona (Su AZ Blue Plan), que es una corporación independiente operando con una licencia de Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSA), una asociación independiente de Blue Cross and Blue Shield Plans. BCBSA permite que su AZ Blue Plan use las marcas de servicio de Blue Cross and Blue Shield en Arizona, y que su AZ Blue Plan no tiene contrato como agente de BCBSA. Además, usted reconoce y acepta que no aceptó esta póliza basándose en declaraciones de cualquier persona que no sea su AZ Blue Plan y que ninguna persona, entidad ni organización que no sea su AZ Blue Plan será responsable ante usted por cualquiera de las obligaciones de su AZ Blue Plan con usted creadas según esta póliza. Este párrafo no creará ninguna obligación adicional por parte de su AZ Blue Plan que no sean las obligaciones creadas en virtud de otras disposiciones de esta póliza.

CAPÍTULO 12:
Definiciones

Apelación – Una apelación es algo que se hace si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de los servicios de atención médica o medicamentos con receta o el pago por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

Área de servicio – Un área geográfica donde usted debe vivir para inscribirse en un plan médico particular. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que se pueden usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio de nuestro plan.

Asistente de atención médica en casa – Una persona que presta servicios que no necesitan las competencias de un enfermero o terapeuta autorizado, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios recetados).

Atención de emergencia – Los servicios cubiertos que: 1) presta un proveedor calificado para dar servicios de emergencias, y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición de emergencia médica.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) – Servicios de enfermería especializada y rehabilitación provistos sobre una base continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención incluyen la fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo puede administrarlas un enfermero o un médico.

Autorización previa – Aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos según criterios específicos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Ayuda adicional – Un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por los costos del programa de medicamentos con receta médica de Medicare, como primas, deducibles y coaseguros.

Biosimilar – Un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto

biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte "**Biosimilar intercambiable**").

Biosimilar intercambiable – Un biosimilar que se puede usar como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple requisitos adicionales sobre el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Cancelar inscripción o **cancelación de inscripción** – El proceso de dar por terminada su membresía en nuestro plan.

Cantidad del ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) – Si sus ingresos brutos ajustados modificados como los reportó en su declaración de impuestos de IRS de hace 2 años son mayores que cierta cantidad, usted pagará la cantidad de la prima estándar y una cantidad de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocida como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos de un 5% de las personas con Medicare son afectadas, por lo que la mayoría de las personas no deberán pagar una prima mayor.

Cargo por suministro – Un cargo que se cobra cada vez que se suministra un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que toma el farmacéutico para preparar y empacar la receta.

Centro de cirugía ambulatoria – Un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de prestar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no necesitan hospitalización y que la estancia esperada en el centro no excede las 24 horas.

Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) – Un centro que principalmente presta servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluyendo fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla-lenguaje y servicios de evaluación del entorno de la casa.

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

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare) – Seguro para ayudar a pagar por los medicamentos con receta, vacunas, productos biológicos y otros suministros que no están cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare para
pacientes ambulatorios.

Cobertura válida de medicamentos con receta – Cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de

Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando adquieren elegibilidad para Medicare, generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare más adelante.

Copago – Una cantidad que se le pedirá que pague como su parte de los costos por un servicio médico o suministro, como una visita al médico, visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento con receta. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo $10) y no un porcentaje.

Coseguro – Una cantidad que puede estar obligado a pagar, expresada como un porcentaje (por ejemplo, el 20 %), como su parte del costo de los servicios o los medicamentos con receta después de pagar su deducible.

Costos compartidos – Los costos compartidos son las cantidades que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: 1) cualquier cantidad de deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; 2) cualquier cantidad de copago fijo que requiera un plan cuando se obtiene un servicio o medicamento específico; o 3) cualquier cantidad de coseguro, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento, que un plan requiere cuando se obtiene un servicio o medicamento específico.

Cuidado de compañía – El cuidado de compañía es la atención personal que se da en un centro de atención residencial, hospicio o en otro entorno de atención cuando no necesita atención médica especializada ni atención de enfermería especializada. El cuidado de compañía, que dan personas que no tienen competencias ni capacitación profesional, incluye ayuda con las actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de una cama o silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí solas, como la aplicación de gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado de compañía.

Deducible – La cantidad que usted debe pagar por la atención médica o recetas antes de que pague nuestro plan.

Determinación de cobertura – Una decisión sobre si un medicamento con receta para usted está cubierto por nuestro plan y la cantidad, si corresponde, que debe pagar por la receta. En general, si usted lleva su receta a una farmacia y la farmacia le dice que la receta no está cubierta por nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a nuestro plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Determinación de la organización – Una decisión que toma nuestro plan sobre si los materiales o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar usted por los materiales

o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman decisiones de cobertura en este documento.

Emergencia – Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida del bebé), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad, o la pérdida o deficiencia grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición médica que
empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (DME) – Determinado equipo médico que su médico solicita por razones médicas. Ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas eléctricos para colchones, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenados por un proveedor para usar en casa.

Estancia en el hospital como paciente hospitalizado – Una estancia en el hospital cuando ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía se lo podría considerar como paciente ambulatorio.

Etapa de cobertura catastrófica – La etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) ha gastado $2,400 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Etapa de cobertura inicial – Es la etapa después de que paga su deducible (si tiene uno) y antes de que sus gastos de bolsillo del año hayan alcanzado la cantidad límite de gastos de bolsillo.

Evidencia de cobertura (EOC) y declaración de información – Este documento, junto con el formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, anexos, o de cobertura opcionales seleccionados, que explican su cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción – Un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción del formulario) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que pruebe otro medicamento antes de obtener el medicamento que está solicitando, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y usted quiere que no apliquemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción del formulario).

Facturación del saldo – Cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura a un paciente más que la cantidad de costos compartidos permitido por nuestro plan. Como miembro de Blue Best Life Select, solo debe pagar la cantidad de costo compartido que le corresponde cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores **facturen el saldo** o le cobren más de la cantidad de costos compartidos que nuestro plan dice que debe pagar.

Farmacia dentro de la red – Una farmacia que tiene contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias dentro de la red.

Farmacia fuera de la red – Una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o dar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Gastos de bolsillo – Vaya a la definición de costos compartidos de arriba. El requisito de costos compartidos de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos obtenidos también se conoce como requisito de gastos de bolsillo del miembro.

“Herramienta de beneficios en tiempo real” – Un portal o una aplicación de computadora en la que los miembros pueden buscar información de la lista de medicamentos cubiertos (formulario) y de beneficios completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica para el miembro. Esto incluye cantidades de costos compartidos, medicamentos alternativos de la Lista de medicamentos cubiertos (formulario) que pueden usarse para la misma condición médica que un medicamento dado, y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se apliquen a los medicamentos alternativos.

Hospicio – Un beneficio que ofrece tratamiento especial para un miembro al que certificaron médicamente como enfermo terminal, lo que quiere decir que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe darle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige el hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios y los beneficios suplementarios
que ofrecemos.

Indicación médicamente aceptada – Un uso de un medicamento aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información Micromedex DRUGDEX.

Ingreso suplementario de seguridad (SSI) – Un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que están incapacitadas,

ciegas o que tienen 65 años de edad o más. Los beneficios de SSI no son los mismo que los beneficios del seguro social.

Límite de gastos de su bolsillo – La cantidad máxima que paga de gastos de bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Límites de cantidad – Una herramienta de administración diseñada para limitar el uso de un medicamento por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden ser sobre la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo definido.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o Lista de medicamentos) – Una lista de medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Medicaid (o asistencia médica) – Un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos de ciertas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas de Medicaid del estado varían, pero la mayor parte de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como Medicaid.

Médicamente necesario – Los servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento de marca – Un medicamento con receta que lo fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula con el ingrediente que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos los fabrican y venden otros fabricantes de medicamentos y generalmente no están disponibles sino hasta después de que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico – Un medicamento con receta aprobado por la FDA por tener los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y generalmente el costo es más bajo.

Medicamento seleccionado – Un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Medicamentos cubiertos – El término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D – Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos como medicamentos cubiertos de la Parte D. Todos los planes deben cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Medicare – Medicare es el programa federal de seguro médico para personas de 65 años de edad o mayores, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

Medicare Original (**Medicare tradicional** o **Pago por servicio de Medicare)** – Medicare Original lo ofrece el gobierno y no un plan médico privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. De acuerdo con Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren pagando a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica las cantidades de pago que estableció el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepta Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad que aprueba Medicare y usted paga su parte. Medicare Original tiene 2 partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todos los Estados Unidos.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan) – Una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción la confirmaron los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto máximo de gastos de bolsillo – La cantidad máxima que usted paga de bolsillo durante el año calendario para los servicios dentro de la red cubiertos de la Parte A y Parte B. Las cantidades que paga por sus primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no cuentan para la cantidad del máximo de gastos de bolsillo.

Nivel de costo compartido – Todos los medicamentos incluidos en la lista de medicamentos cubiertos pertenecen a uno de los seis niveles de costo compartido. En general, mientras más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo del medicamento, con la excepción del Nivel 6 (nivel $0).

Organización de mejoramiento de la calidad (QIO) – Es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención a los pacientes de Medicare.

Parte C – Vaya al plan Medicare Advantage (MA).

Parte D – El programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Penalización por inscripción tardía en la Parte D – Una cantidad agregada a la prima mensual de su plan para la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura válida (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare) durante un

período continuo de 63 días o más después de que sea elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

Período de beneficios – La forma en que nuestro plan mide su uso de los servicios de un centro de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando no ha recibido atención hospitalaria como paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que haya finalizado un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límite en el número de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta – El período de tiempo del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar sus planes médicos o de medicamentos o cambiarse a Medicare Original.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage – El período de tiempo del 1 de enero al 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura mediante Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona sea elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción especial – Un tiempo determinado en el que los miembros pueden cambiar sus planes médicos o de medicamentos o regresar a Medicare Original. Las situaciones que lo hacen elegible para un período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si obtiene Ayuda adicional con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de atención residencial o si infringimos nuestro contrato
con usted.

Período de inscripción inicial – Cuando es elegible para Medicare por primera vez, el período de tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Persona con doble elegibilidad – Una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de organización de proveedores preferidos (PPO) – Un Plan de una organización de proveedores preferidos es un Plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado atender a los miembros del plan por

una cantidad especificada. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores dentro de la red o fuera de la red. Los costos compartidos de los miembros generalmente serán más altos cuando los beneficios del plan se obtengan de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en sus gastos de bolsillo por los servicios obtenidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto en sus gastos de bolsillo totales combinados para los servicios de proveedores dentro de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Plan Medicare Advantage (MA) – Algunas veces llamado la Parte C de Medicare. Un plan que ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para darle todos los beneficios de la Parte A y 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 (MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO Medicare Advantage también puede ser un Plan para necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se llaman **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**.

Plan médico de Medicare – Un plan médico de Medicare lo ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para dar beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, Planes de costos de Medicare, Planes para necesidades especiales, Programas de demostración/piloto y los Programas de cobertura total de salud para ancianos (PACE).

Plan para necesidades especiales – Un tipo especial de plan Medicare Advantage que ofrece atención médica más centrada para grupos específicos de personas, como los que tienen Medicare y Medicaid, que viven en un centro de atención residencial o que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Plan para necesidades especiales de atención crónica (C-SNP) Los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen enfermedades graves y crónicas específicas.

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

Plan para necesidades especiales equivalente institucional (IE-SNP) – Un IE-SNP restringe la inscripción a las personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Plan para necesidades especiales institucional (I-SNP) – Los i-SNP restringen la inscripción a las personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días seguidos en ciertos centros de atención a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP institucionales equivalentes (IE-SNP), SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales basados en centros (FI-SNP).

Póliza Medigap (seguro suplementario de Medicare) – Seguro suplementario de Medicare que venden compañías aseguradoras privadas para cubrir los *períodos sin cobertura* en Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Precio justo máximo – El precio que Medicare negoció por un medicamento seleccionado.

Prima – El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica por la cobertura médica o la cobertura de medicamentos con receta.

Producto biológico – Un medicamento con receta que está hecho de fuentes naturales y vivas como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se llaman biosimilares. (consulte "**Producto biológico original**"
y "**Biosimilar**").

Producto biológico original – Un producto biológico que fue aprobado por la FDA y sirve como comparación para los fabricantes que hacen una versión biosimilar. También se le llama producto de referencia.

Programa de administración de terapia con medicamentos (Medication Therapy Management, MTM) – Un programa de la Parte D de Medicare para necesidades médicas complejas que se da a personas que cumplen ciertos requisitos o están en un Programa de manejo de medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una charla con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Programa de descuento del fabricante – Un programa bajo el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Prótesis y aparatos ortopédicos – Dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluyendo los suministros de ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP) – El médico u otro proveedor al que consulta primero por la mayoría de los problemas médicos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Proveedor dentro de la red – **Proveedor** es el término general para los médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores dentro de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan de aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. A los proveedores dentro de la red también se les llama **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 o prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, propiedad ni operados por nuestro plan.

Queja – El nombre formal para hacer un reclamo es **presentar una queja formal**. El proceso de quejas se usa *únicamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si nuestro plan no cumple los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

Queja formal – Un tipo de queja que usted hace sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluyendo una queja sobre la calidad de su atención. Esto no implica disputas de cobertura
o pago.

Remisión – Una orden escrita de su médico de atención primaria para que visite a un especialista u obtenga ciertos servicios médicos. Sin una remisión, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

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

Servicios cubiertos por Medicare – Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes médicos de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como de la vista, dental o audición, que puede ofrecer un plan
Medicare Advantage.

Servicios de acupuntura – Los servicios de acupuntura son servicios prestados o puestos a disposición de un miembro por un proveedor de servicios de acupuntura contratado (o por un proveedor de servicios de acupuntura no contratado, en el caso de

servicios de emergencia o servicios urgentes) para el tratamiento o diagnóstico de trastornos musculoesqueléticos, trastornos relacionados, náusea y dolor. Acupuntura significa la estimulación de ciertos puntos en o cerca de la superficie del cuerpo insertando y retirando agujas de un solo uso, esterilizadas y desechables o con estimulación eléctrica (electroacupuntura) para normalizar las funciones fisiológicas, prevenir o modificar la percepción del dolor y tratar trastornos musculoesqueléticos, trastornos relacionados, náusea o condiciones que incluyan dolor como síntoma principal. Además, puede incluir servicios como modalidades de fisioterapia adyuvante y procedimientos hechos durante el mismo curso del tratamiento y en apoyo a los servicios
de acupuntura.

Servicios de masaje terapéutico – Son servicios prestados por un proveedor contratado para el tratamiento de trastornos miofasciales/musculoesqueléticos, trastornos funcionales musculoesqueléticos, síndromes de dolor o linfedema por medio de acciones físicas, principalmente con la mano, hechas en el cuerpo. Esto puede incluir técnicas como compresión, frotación, movimiento de articulaciones, fricción, vibración y percusión.

Servicios de rehabilitación – Estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes hospitalizados, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Servicios necesarios de urgencia – Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio necesario de urgencia si está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable dado el tiempo, lugar y circunstancias para obtener este servicio de los proveedores dentro de la red. Los ejemplos de servicios necesarios de urgencia incluyen enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbación imprevista de condiciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran urgentes, incluso si está fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Servicios para Miembros – Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones.

Servicios preventivos – Servicios de atención médica que le ayudan a mantenerse saludable, detectar problemas de salud de manera temprana, determinar los tratamientos más eficaces y prevenir ciertas enfermedades. Los servicios preventivos incluyen exámenes, vacunas, pruebas de laboratorio y exámenes de detección. También incluyen programas de control de la salud, así como asesoramiento y educación para ayudarle a cuidar de su propia salud.

Servicios quiroprácticos – Son los servicios de manipulación quiropráctica prestados por un quiropráctico contratado (o por un quiropráctico no contratado en el caso de servicios de emergencia o servicios urgentes) para el tratamiento o diagnóstico de trastornos musculoesqueléticos, trastornos relacionados y síndromes de dolor. Los servicios quiroprácticos por lo general están limitados al manejo de trastornos musculoesqueléticos, trastornos relacionados y síndromes de dolor principalmente por medio de manipulación quiropráctica de la columna vertebral, articulaciones o tejido blando musculoesquelético. Esto incluye: 1) exámenes de diagnóstico diferencial y radiografías de diagnóstico relacionadas, consultas de radiología y estudios de laboratorio clínico cuando se usan para determinar la idoneidad de los servicios quiroprácticos, y 2) las consultas de seguimiento en el consultorio que deben incluir la manipulación quiropráctica de la columna vertebral, articulaciones o tejido blando musculoesquelético durante el curso del tratamiento. Además, puede incluir servicios como modalidades de fisioterapia adyuvante y procedimientos hechos durante el mismo curso de tratamiento y en apoyo a la manipulación quiropráctica de la columna vertebral, articulaciones o tejido blando musculoesquelético. También puede incluir servicios preventivos y otros servicios especiales como está definido en el resumen correspondiente del cliente.

Subsidio por bajos ingresos (LIS) – Consulte la Ayuda adicional.

Tasa de costo compartido diario – Se puede aplicar una tasa de costo compartido diario cuando su médico le receta menos de un mes completo de suministro de ciertos medicamentos y debe pagar un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido entre el número de días en el suministro para un mes. Aquí incluimos un ejemplo: Si su copago por el suministro de un mes de un medicamento es de $30 y el suministro de un mes en nuestro plan es de 30 días, entonces su tasa de costo compartido diario es de $1 por día.

Terapia escalonada – Una herramienta de uso que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó inicialmente.

Servicio para Miembros de Blue Best Life Select

Método	Información de contacto del Servicio para Miembros
LLAME	**480-937-0409** (en Arizona) o **1-800-446-8331** Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre y los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. El Servicio para Miembros **1-800-446-8331,** TTY: **711,** también incluye servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	Servicio de retransmisión: **711** en todo el país Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre y los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo.
FAX	**602-544-5662**
ESCRIBA A	Blue Cross Blue Shield of Arizona P.O. Box 29234 Phoenix, AZ 85038 Correo electrónico: **ContactAdvantage@azblue.com**
SITIO WEB	**azblue.com/medicare**

Arizona State Health Insurance Assistance Program
Arizona State Health Insurance Assistance Program (Programa estatal de asistencia sobre seguros médicos de Arizona) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para darles orientación local gratuita sobre seguros médicos a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME	602-542-4446 o 1-800-432-4040 (línea directa en todo el estado para dejar un mensaje)
TTY	Servicio de retransmisión: **711** en todo el país Las llamadas a este número son gratuitas.
ESCRIBA A	DES Division of Aging and Adult Services Arizona State Health Insurance Assistance Program 1789 W. Jefferson Street, #950A Phoenix, AZ 85007
SITIO WEB	**https://des.az.gov/services/older-adults/medicare-assistance**

Declaración de divulgación según la PRA Según Paperwork Reduction Act (Ley de reducción de trámites administrativos) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recogida de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

BlueCross BlueShield Arizona
Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association