

# 2027

## Evidencia de Cobertura



# Health Choice Pathway

(HMO D-SNP)



Sirviendo los condados de  
Apache, Coconino, Gila, Maricopa,  
Mohave, Navajo, Pinal y Yavapai.



**BlueCross  
BlueShield**  
Arizona

An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

**Health  
Choice**

**Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027**

## **Evidencia de cobertura para 2027:**

### **Sus beneficios y servicios médicos de Medicare y la cobertura de medicamentos como miembro de Health Choice Pathway (HMO D-SNP)**

En este documento se brindan los detalles sobre su cobertura de salud y medicamentos de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2027. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

En este documento se explican sus prestaciones y derechos. Utilice este documento para comprender los siguientes aspectos de su cobertura:

- La prima de su plan y los costos compartidos
- Sus beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo ponerse en contacto con nosotros
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare

**Si tiene preguntas sobre este documento, llame al Servicios para Miembros al 1-800-656-8991 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m. los siete días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita.**

Este plan, Health Choice Pathway (HMO D-SNP), es ofrecido por Health Choice Arizona, Inc. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Health Choice Arizona, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Health Choice Pathway). Este documento está disponible de forma gratuita en español. Esta información está disponible en otros formatos, como braille, letra grande y audio.

Los beneficios, o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

Nuestro formulario, la red de farmacias y la red de proveedores pueden modificarse en cualquier momento. Recibirá un aviso con al menos 30 días de anticipación sobre cualquier cambio que pueda afectarle.

Usted, el miembro, por el presente reconoce expresamente que comprende que este plan de salud constituye un contrato exclusivamente entre usted y Blue Cross® Blue Shield® of Arizona Health Choice, una subsidiaria de Blue Cross Blue Shield of Arizona, que es una corporación independiente que opera bajo una licencia de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield (la “Asociación”), que autoriza a Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice a utilizar las marcas de servicio de Blue Cross and Blue Shield en Arizona. Blue Cross Blue Shield of

Arizona Health Choice no celebra contratos en calidad de agente de la Asociación. Usted no ha celebrado este Acuerdo basándose en declaraciones de ninguna persona que no sea Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice. Ninguna persona, entidad u organización que no sea Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice será responsable de las obligaciones que Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice tenga con usted en virtud de este Acuerdo. Este párrafo no creará obligación adicional alguna por parte de Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice, aparte de las obligaciones establecidas en otras disposiciones de este acuerdo.

H5587\_D50242PY27\_C

|                                                                                                       |                                                                                                  |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro .....</b>                                                  |                                                                                                  | <b>6</b>  |
| SECCIÓN 1                                                                                             | Usted es miembro de Health Choice Pathway.....                                                   | 6         |
| SECCIÓN 2                                                                                             | Requisitos de elegibilidad del plan .....                                                        | 7         |
| SECCIÓN 3                                                                                             | Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan .....                             | 9         |
| SECCIÓN 4                                                                                             | Materiales importantes para miembros .....                                                       | 13        |
| SECCIÓN 5                                                                                             | Resumen de costos importantes para 2027.....                                                     | 17        |
| SECCIÓN 6                                                                                             | Más información sobre la prima mensual de su plan .....                                          | 22        |
| SECCIÓN 7                                                                                             | Mantenga actualizado su registro de miembro del plan.....                                        | 22        |
| SECCIÓN 8                                                                                             | Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan .....                                              | 23        |
| <b>CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos .....</b>                                               |                                                                                                  | <b>26</b> |
| SECCIÓN 1                                                                                             | Información de contacto de Health Choice Pathway .....                                           | 26        |
| SECCIÓN 2                                                                                             | Obtenga ayuda de Medicare .....                                                                  | 30        |
| SECCIÓN 3                                                                                             | Programa Estatal de Asistencia con los Seguros de Salud (SHIP) .....                             | 32        |
| SECCIÓN 4                                                                                             | Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) .....                                      | 33        |
| SECCIÓN 5                                                                                             | Seguro Social.....                                                                               | 34        |
| SECCIÓN 6                                                                                             | AHCCCS (Medicaid) .....                                                                          | 35        |
| SECCIÓN 7                                                                                             | Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos con receta .....                   | 37        |
| SECCIÓN 8                                                                                             | Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB) .....                                                | 40        |
| SECCIÓN 9                                                                                             | Obtenga ayuda de la Agencia para Personas Mayores del Área de Arizona .....                      | 41        |
| <b>CAPÍTULO 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos.....</b> |                                                                                                  | <b>42</b> |
| SECCIÓN 1                                                                                             | Cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan .....                | 42        |
| SECCIÓN 2                                                                                             | Use proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios.....    | 44        |
| SECCIÓN 3                                                                                             | Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad de atención de urgencia ..... | 50        |
| SECCIÓN 4                                                                                             | ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? .....         | 53        |
| SECCIÓN 5                                                                                             | Servicios médicos en un estudio de investigación clínica .....                                   | 53        |

**Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

|           |                                                                                                           |    |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| SECCIÓN 6 | Reglas para obtener atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud ..... | 56 |
| SECCIÓN 7 | Reglas para la propiedad del equipo médico duradero .....                                                 | 57 |

**CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)..... 59**

|           |                                                                                    |     |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| SECCIÓN 1 | Cómo entender los servicios cubiertos .....                                        | 59  |
| SECCIÓN 2 | En la Tabla de beneficios médicos se indican sus beneficios y costos médicos ..... | 60  |
| SECCIÓN 3 | Servicios cubiertos fuera de Health Choice Pathway .....                           | 135 |
| SECCIÓN 4 | Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones) .....              | 136 |

**CAPÍTULO 5: Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D .... 140**

|            |                                                                                                               |     |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| SECCIÓN 1  | Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan .....                          | 140 |
| SECCIÓN 2  | Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan ..... | 141 |
| SECCIÓN 3  | Sus medicamentos deben estar incluidos en la Lista de medicamentos de nuestro plan .....                      | 145 |
| SECCIÓN 4  | Medicamentos con restricciones de cobertura .....                                                             | 147 |
| SECCIÓN 5  | Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que desea .....                      | 149 |
| SECCIÓN 6  | Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año .....                                              | 151 |
| SECCIÓN 7  | Tipos de medicamentos que no cubrimos .....                                                                   | 154 |
| SECCIÓN 8  | Cómo surtir una receta .....                                                                                  | 155 |
| SECCIÓN 9  | Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales .....                                       | 156 |
| SECCIÓN 10 | Programas sobre la seguridad de los medicamentos y el manejo de medicamentos .....                            | 158 |

**CAPÍTULO 6: Qué debe pagar usted por los medicamentos de la Parte D ..... 161**

|           |                                                                                                        |     |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| SECCIÓN 1 | Qué debe pagar usted por los medicamentos de la Parte D .....                                          | 161 |
| SECCIÓN 2 | Etapas de pago de medicamentos para los miembros de Health Choice Pathway .....                        | 164 |
| SECCIÓN 3 | En la <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> se indica en qué etapa de pago se encuentra ..... | 164 |
| SECCIÓN 4 | Etapas del deducible .....                                                                             | 166 |
| SECCIÓN 5 | Etapas de cobertura inicial .....                                                                      | 167 |

**Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

---

|           |                                                          |     |
|-----------|----------------------------------------------------------|-----|
| SECCIÓN 6 | Etapa de cobertura catastrófica .....                    | 171 |
| SECCIÓN 7 | Qué debe pagar usted por las vacunas de la Parte D ..... | 171 |

**CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos los servicios médicos o medicamentos cubiertos..... 174**

|           |                                                                                                                    |     |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| SECCIÓN 1 | Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte de los servicios o medicamentos cubiertos..... | 174 |
| SECCIÓN 2 | Cómo solicitarnos que le reembolsemos un pago o que paguemos una factura que recibió .....                         | 177 |
| SECCIÓN 3 | Consideraremos su solicitud de pago y le informaremos si la aprobamos o la rechazamos .....                        | 177 |

**CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades ..... 179**

|           |                                                                          |     |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------|-----|
| SECCIÓN 1 | Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales..... | 179 |
| SECCIÓN 2 | Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.....                  | 195 |

**CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) ..... 197**

|            |                                                                                                                                                 |     |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| SECCIÓN 1  | Qué hacer si tiene un problema o una inquietud .....                                                                                            | 197 |
| SECCIÓN 2  | Dónde obtener más información y ayuda personalizada .....                                                                                       | 198 |
| SECCIÓN 3  | Qué proceso debe utilizar para su problema.....                                                                                                 | 202 |
| SECCIÓN 4  | Cómo resolver problemas relacionados con sus beneficios de Medicare..                                                                           | 203 |
| SECCIÓN 5  | Guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones .....                                                                                          | 203 |
| SECCIÓN 6  | Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación .....                                                       | 207 |
| SECCIÓN 7  | Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación .....                                            | 216 |
| SECCIÓN 8  | Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que le están dando el alta demasiado pronto .....                | 227 |
| SECCIÓN 9  | Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura está finalizando demasiado pronto..... | 232 |
| SECCIÓN 10 | Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5 .....                                                                                           | 237 |
| SECCIÓN 11 | Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.....                | 240 |
| SECCIÓN 12 | Cómo abordar problemas relacionados con sus beneficios de AHCCCS (Medicaid) .....                                                               | 243 |

**CAPÍTULO 10: Finalización de su membresía en nuestro plan ..... 246**

|           |                                                                                                                                          |     |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| SECCIÓN 1 | Finalización de su membresía en nuestro plan .....                                                                                       | 246 |
| SECCIÓN 2 | ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan? .....                                                                              | 246 |
| SECCIÓN 3 | Cómo finalizar su membresía en nuestro plan .....                                                                                        | 250 |
| SECCIÓN 4 | Hasta que finalice su membresía, debe continuar obteniendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan .... | 251 |
| SECCIÓN 5 | Health Choice Pathway debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones .....                                           | 251 |

**CAPÍTULO 11: Avisos legales ..... 254**

|           |                                                                                  |     |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| SECCIÓN 1 | Aviso sobre la legislación aplicable .....                                       | 254 |
| SECCIÓN 2 | Aviso sobre la no discriminación .....                                           | 254 |
| SECCIÓN 3 | Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare ..... | 256 |

**CAPÍTULO 12: Definiciones..... 257**

# CAPÍTULO 1:

## Primeros pasos como miembro

### SECCIÓN 1      Usted es miembro de Health Choice Pathway

---

#### Sección 1.1      Usted está inscrito en Health Choice Pathway, que es un Plan para Necesidades Especiales de Medicare

Tiene cobertura tanto de Medicare como de AHCCCS (Medicaid):

- **Medicare** es el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).
- **El Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (Arizona Health Care Cost Containment System, AHCCCS)** es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de AHCCCS (Medicaid) varía según el estado y el tipo de Medicaid que tenga. Algunas personas con AHCCCS (Medicaid) reciben ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también reciben cobertura para servicios y medicamentos adicionales que Medicare no cubre.

Usted eligió recibir su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos a través de nuestro plan, Health Choice Pathway. Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores de nuestro plan difieren de Medicare Original.

Health Choice Pathway es un plan especializado de Medicare Advantage (un Plan para Necesidades Especiales de Medicare), lo que significa que los beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. Health Choice Pathway está diseñado para personas que tienen Medicare y tienen derecho a recibir ayuda de AHCCCS (Medicaid).

Debido a que recibe ayuda de AHCCCS (Medicaid) con los costos compartidos de las Partes A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro), es posible que no tenga que pagar nada por sus servicios de Medicare. AHCCCS (Medicaid) también puede proporcionar otros beneficios al cubrir servicios de atención médica que normalmente no están cubiertos por Medicare. También puede recibir Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos de Medicare. Health Choice Pathway le ayudará a administrar todos estos

beneficios para que reciba los servicios de salud y la ayuda con los pagos a los que tiene derecho.

Health Choice Pathway es administrado por una empresa privada. Como todos los planes de Medicare Advantage, este Plan para Necesidades Especiales de Medicare está aprobado por Medicare. Nuestro plan también tiene un contrato con el programa Medicaid de Arizona (AHCCCS) para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace brindarle su cobertura de Medicare, incluida la cobertura de medicamentos.

## **Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura***

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted y explica cómo Health Choice Pathway cubre su atención. 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 la afecten. Estos avisos a veces se denominan *cláusulas adicionales o enmiendas*.

El contrato está vigente durante los meses en que usted esté inscrito en Health Choice Pathway entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Health Choice Pathway después del 31 de diciembre de 2027. También podemos optar por dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2027.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) y AHCCCS deben aprobar Health Choice Pathway. Puede continuar recibiendo cobertura de Medicare cada año como miembro de nuestro plan siempre que decidamos seguir ofreciendo nuestro plan y que Medicare y AHCCCS (Medicaid) renueven la aprobación de nuestro plan.

## **SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan**

---

### **Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad**

Usted será elegible para ser miembro de nuestro plan siempre que cumpla con todas estas condiciones:

- Tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare
- Vive en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.3). Las personas encarceladas no se consideran residentes del área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente allí.
- Es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o una persona no ciudadana elegible.

- Cumple con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

### **Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan**

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de AHCCCS (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). A fin de ser elegible para nuestro plan, debe ser elegible para Medicare y para recibir los beneficios completos de AHCCCS (Medicaid).

Nota: Si pierde su elegibilidad para AHCCCS (Medicaid), pero se puede prever razonablemente que la recuperará en un plazo de seis meses, seguirá siendo elegible para ser miembro. En el Capítulo 4, Sección 2.1, se proporciona información sobre la cobertura y los costos compartidos durante este período.

### **Sección 2.2 AHCCCS (Medicaid)**

AHCCCS (Medicaid) es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué se considera ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar sus programas, siempre que cumplan con las pautas federales.

Además, AHCCCS (Medicaid) ofrece programas para ayudar a las personas a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos Programas de Ahorros de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario Calificado de Medicare Plus (QMB+):** AHCCCS (Medicaid) paga las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos).
- **Beneficiario de Medicare con Bajos Ingresos Especificados Plus (SLMB+):** AHCCCS (Medicaid) paga las primas de la Parte B.
- **Persona con Doble Elegibilidad y Beneficios Completos (FBDE):** también se denomina persona con doble elegibilidad que no es QMB; es la persona que tiene derecho a Medicare y que se determina que es elegible para los beneficios de atención aguda de AHCCCS (Medicaid) o ALTCS, pero que no cumple con los criterios de ingresos para QMB o SLMB. AHCCCS (Medicaid) no cubre los costos de las primas de Medicare. El pago de AHCCCS del coseguro y el deducible de Medicare para los servicios cubiertos por Medicare es limitado.

### **Sección 2.3      Área de servicio del plan de Health Choice Pathway**

Health Choice Pathway está disponible únicamente para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio de nuestro plan. El área de servicio se indica a continuación:

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Arizona: Apache, Coconino, Gila, Maricopa, Mohave, Navajo, Pinal y Yavapai.

Si planea mudarse a otro estado, también debe comunicarse con la oficina de Medicaid (AHCCCS) de su estado y preguntar cómo afectará la mudanza a sus beneficios de Medicaid. Los números de teléfono de AHCCCS (Medicaid) se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento.

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 **1-800-656-8991** (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 de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

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

### **Sección 2.4      Ciudadano o nacional de los EE. UU., o persona no ciudadana elegible**

Debe ser ciudadano o nacional de los EE. UU., o una persona no ciudadana elegible para ser miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Health Choice Pathway si usted no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan por este motivo. Health Choice Pathway debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

## **SECCIÓN 3      Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan**

---

### **Sección 3.1      Evaluación de riesgos de salud**

Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, recibe una Evaluación de riesgos de salud (Health Risk Assessment, HRA), también denominada Evaluación de salud, dentro de los 90 días anteriores o posteriores a la fecha de entrada en vigor de su inscripción.

**Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

---

Debemos completar una HRA para usted. La HRA es la base para desarrollar su plan de atención individualizado (Individualized Care Plan, ICP). La HRA incluye preguntas para identificar lo siguiente:

- Médico: estado de salud autoinformado, estado de salud dental autoinformado, identificación de afecciones médicas actuales y pasadas, medicamentos, uso de servicios de atención primaria, especialistas, departamento de emergencias y hospitalización, exámenes de salud y vacunas, y evaluación del dolor
- Funcional: evaluación de las actividades de la vida diaria (Activities of Daily Living, ADL) y las actividades instrumentales de la vida diaria (Instrumental Activities of Daily Living, IADL), antecedentes de caídas, capacidad para realizar actividad física, uso de equipo médico duradero y servicios de apoyo
- Cognitivo: evaluación de afecciones que repercuten en el estado cognitivo, incluidas la demencia y la pérdida de memoria, y evaluación de los conocimientos sobre la salud mediante una pregunta de detección validada de un solo elemento de la Evaluación Breve de Conocimientos sobre la Salud (Brief Health Literacy Screen, BHLS)
- Psicosocial: evaluación del apoyo social y del cuidador, y de la seguridad interpersonal
- Salud mental: detección mediante herramientas estandarizadas y validadas, incluida la detección del consumo de sustancias mediante la Herramienta sobre el consumo de tabaco, alcohol, medicamentos con receta y otras sustancias (Tobacco, Alcohol, Prescription medication, and other Substance use Tool, TAPS) y la Pregunta única de detección del consumo de alcohol del Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Single Alcohol Screening Question, NIAAA SASQ); detección de la depresión mediante el Cuestionario sobre la salud del paciente-2 (Patient Health Questionnaire-2, PHQ-2); y detección de la ansiedad mediante el Cuestionario sobre el trastorno de ansiedad generalizada 2 (Generalized Anxiety Disorder-2, GAD-2)
- Necesidades sociales relacionadas con la salud (Health-Related Social Needs, HRSN): detección de necesidades relacionadas con las finanzas, la vivienda, los servicios públicos, los alimentos y el transporte, mediante preguntas basadas en herramientas reconocidas a nivel nacional, como PRAPARE y el Kit de Herramientas de Detección de Health Leads
- Directivas anticipadas: evaluación del estado y las necesidades relacionados con las directivas anticipadas
- Datos demográficos: identificación de raza, origen étnico, idioma, necesidades y preferencias culturales, y preguntas opcionales sobre el sexo asignado al nacer, la identidad de género, los pronombres y la orientación sexual

Nos comunicaremos con usted para completar la HRA. Puede completar la HRA de una de las siguientes maneras:

- Por teléfono con un miembro del equipo de atención

**Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

---

- En persona durante una visita de atención (cuando esté disponible)
- Completando y devolviendo un cuestionario por correo
- A través del portal para miembros en [azblue.com/hcportal](https://azblue.com/hcportal)

Si no podemos comunicarnos con usted, es posible que intentemos contactarlo varias veces mediante diferentes métodos para asegurarnos de que tenga la oportunidad de completar la HRA.

Le enviaremos más información sobre esta HRA. Luego, nos comunicaremos con usted anualmente para obtener información actualizada y determinar si sus necesidades han cambiado. También puede solicitar una actualización de su HRA en cualquier momento comunicándose con Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

**Sección 3.2 Equipo de atención y plan de atención**

Un equipo de atención puede ayudarle a seguir recibiendo la atención que necesita. Un equipo de atención puede incluir a su médico, un coordinador de atención, los especialistas que consulta u otros profesionales de la salud que usted elija.

Usted trabaja con un equipo de atención para elaborar un plan de atención individualizado (Individualized Care Plan, ICP) basado en sus preferencias. Un plan de atención les indica a usted, a sus médicos y a otros proveedores de atención médica qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus servicios médicos, de salud conductual u otros servicios.

Su ICP incluye lo siguiente:

- Sus objetivos de atención médica según el orden de prioridad que usted establezca
- Un plazo para obtener los servicios que necesita
- Objetivos SMART (específicos, medibles, alcanzables, relevantes y con plazos definidos)
- Servicios e intervenciones adaptados a sus necesidades
- Plazos para alcanzar los objetivos
- Miembros responsables del equipo de atención
- Coordinación de los servicios de Medicare y AHCCCS (Medicaid), incluidos los servicios y apoyos a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) y los servicios de salud conductual
- Funciones del cuidador, si corresponde

Algunos ejemplos de elementos del plan de atención individualizado son los siguientes:

- Remisión a servicios de atención médica a domicilio o de cuidado personal si necesita ayuda con las actividades diarias

**Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

---

- Educación para el autocontrol de la diabetes si tiene diabetes no controlada o conocimientos limitados sobre la salud
- Servicios de salud conductual cuando se identifican necesidades de salud mental

Su plan de atención individualizado se revisa según las siguientes pautas:

- Al menos una vez al año
- Siempre que cambie su estado de salud
- Después del alta de un hospital o centro
- Mensualmente, si está inscrito en el manejo de la atención
- Con mayor frecuencia, si es necesario según su nivel de riesgo

El equipo de atención evalúa su progreso en cuanto al cumplimiento de los objetivos. Si no alcanza un objetivo, el administrador de atención vuelve a evaluar sus necesidades y actualiza el plan de atención con nuevas intervenciones u objetivos.

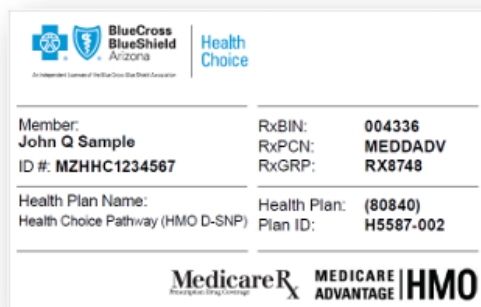
Usted, su cuidador (con su consentimiento) y el equipo de atención reciben una copia del plan de atención. Las copias pueden enviarse por correo electrónico seguro, correo postal o fax. Los proveedores que participan en su atención también pueden recibir el plan de atención cuando sea necesario para facilitar la coordinación.

Puede solicitar una copia del plan de atención individualizado en cualquier momento comunicándose con Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

## SECCIÓN 4 Materiales importantes para miembros

### Sección 4.1 Tarjeta de membresía de nuestro plan

Use su tarjeta de membresía siempre que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos con receta que obtenga en farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor de atención médica su tarjeta de AHCCCS (Medicaid). Ejemplo de tarjeta de membresía:



*Back of card*



## Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Si solo está inscrito en Health Choice Pathway, aún tendrá que usar su tarjeta de AHCCCS Complete Care (Medicaid) junto con su tarjeta Health Choice Pathway. Debe usar su tarjeta de membresía de Health Choice Pathway siempre que reciba cualquier servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. En el caso de los miembros inscritos en Health Choice Pathway y en Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice para su plan AHCCCS Complete Care (Medicaid), este es un ejemplo de tarjeta de membresía para mostrarle cómo será la suya:



*Back of card*



NO use su tarjeta de color rojo, blanco y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Health Choice Pathway, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le solicite que la muestre si necesita recibir servicios hospitalarios, requiere servicios de cuidados paliativos o participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos).

Si la tarjeta de membresía de nuestro plan se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) y le enviaremos una tarjeta nueva.

**Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

---

**Sección 4.2 Directorio de proveedores**

En el *Directorio de proveedores*, disponible en [azblue.com/hcpathway](https://azblue.com/hcpathway), se enumeran nuestros proveedores actuales de la red. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y los costos compartidos del plan como pago total.

Debe recurrir a los proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos. Si acude a otro lugar sin la autorización correspondiente, tendrá que pagar el costo total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, situaciones en las que no es razonable o posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en que Health Choice Pathway autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Si no tiene el *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los directorios de proveedores impresos se le enviarán por correo en un plazo de 3 días hábiles.

**Sección 4.3 Directorio de farmacias**

En el *Directorio de farmacias*, disponible en [azblue.com/hcpathway](https://azblue.com/hcpathway), se enumeran las farmacias de nuestra red. **Las farmacias de la red** son farmacias que aceptan surtir las recetas cubiertas de los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee utilizar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener información sobre cuándo puede utilizar farmacias que no pertenecen a la red de nuestro plan.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en [azblue.com/hcpathway](https://azblue.com/hcpathway).

**Sección 4.4 Lista de medicamentos (formulario)**

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también denominada Lista de medicamentos o formulario). Indica qué medicamentos con receta están cubiertos por el beneficio de la Parte D de Health Choice Pathway. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos cumple con todos los requisitos de Medicare. Los medicamentos incluidos en el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos, a menos que se hayan eliminado o reemplazado como se describe en el

**Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

---

Capítulo 5, Sección 6. La Lista de medicamentos de **Health Choice Pathway** cuenta con la aprobación de Medicare.

La Lista de medicamentos también indica si existen reglas que restrinjan la cobertura de un medicamento.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros usan con mayor frecuencia. Sin embargo, también cubrimos otros medicamentos que no están incluidos en la Lista de medicamentos. Si uno de sus medicamentos no aparece en la Lista de medicamentos, visite nuestro sitio web o llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite **[azblue.com/hcpathway](https://azblue.com/hcpathway)** o llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

## **SECCIÓN 5      Resumen de costos importantes para 2027**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Sus costos en 2027</b>                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prima mensual del plan*</b><br>* Su prima puede ser superior a este monto. Consulte la Sección 4.1 para obtener más información.                                                                                                                                                       | <b>\$0</b>                                                                                                                                                                                 |
| <b>Monto máximo de bolsillo</b><br>Este es el <u>monto máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.<br>(Consulte el Capítulo 4, Sección 1, para obtener más detalles).                                                                    | <b>\$9,850</b><br><br><b>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo adicional para alcanzar el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de Part A y Part B.</b> |
| <b>Visita al consultorio de atención primaria</b>                                                                                                                                                                                                                                         | <b>\$0 de copago por visita</b>                                                                                                                                                            |
| <b>Visitas al consultorio de especialistas</b>                                                                                                                                                                                                                                            | <b>\$0 de copago por visita</b>                                                                                                                                                            |
| <b>Hospitalizaciones</b><br>Incluye distintos tipos de hospitalizaciones, como atención aguda, rehabilitación y atención a largo plazo. Una hospitalización comienza el día en que es formalmente hospitalizado con la orden de un médico y termina el día antes de que sea dado de alta. | <b>\$0 por los días 1 a 90 de una hospitalización por período de beneficios.</b>                                                                                                           |
| <b>Cobertura de medicamentos de la Parte D</b><br>(Consulte el Capítulo 6 para obtener más detalles, incluidas las etapas del deducible anual, cobertura inicial y cobertura catastrófica).                                                                                               | <b>Si recibe Ayuda Adicional, su deducible es de \$0. Si no recibe Ayuda Adicional, su deducible es de \$300; excepto los productos de insulina</b>                                        |

| Sus costos en 2027 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                    | <p><b>cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</b></p> <p><b>Medicamentos genéricos y medicamentos tratados como genéricos: según su nivel de Ayuda Adicional o condición de institucionalización, usted paga:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• \$0 o</li><li>• \$1.65 o</li><li>• \$5.80</li></ul> <p><b>Todos los demás medicamentos: según su nivel de Ayuda Adicional o condición de institucionalización, usted paga:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• \$0 o</li><li>• \$5.00 o</li><li>• \$14.40</li></ul> <p><b>Si no recibe Ayuda Adicional pagará un coseguro del 25 % por sus medicamentos con receta y no más de \$35 al mes por cada producto de insulina cubierto.</b></p> <p><b>Etapas de cobertura catastrófica:</b></p> <p><b>Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</b></p> |

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 5.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 5.2)
- Multa por inscripción tardía en la Parte D (Sección 5.3)
- Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Sección 5.4)

**Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

---

- Monto del Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare (Sección 5.5)

**Sección 5.1 Prima del plan**

No debe pagar ninguna prima mensual del plan por separado para Health Choice Pathway.

**Sección 5.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare****Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare.**

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó anteriormente en la Sección 2, a fin de ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para AHCCCS (Medicaid), además de tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de **Health Choice Pathway**, AHCCCS (Medicaid) paga la prima de la Parte A (si no reúne los requisitos para obtenerla automáticamente) y la prima de la Parte B.

**Si AHCCCS (Medicaid) no paga sus primas de Medicare, usted debe seguir pagándolas para continuar siendo miembro de nuestro plan.** Esto incluye la prima de la Parte B. También es posible que tenga que pagar una prima por la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

**Sección 5.3 Multa por inscripción tardía en la Parte D**

Debido a que tiene doble elegibilidad, la multa por inscripción tardía (Late Enrollment Penalty, LEP) no se aplica mientras mantenga su condición de doble elegibilidad; sin embargo, si pierde esta condición, es posible que deba pagar una LEP. La multa 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 durante el cual no tuvo cobertura de la Parte D ni otra cobertura acreditable de medicamentos. La cobertura acreditable de medicamentos con receta es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura válida de medicamentos con receta. Por lo general, tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

**No** tiene que pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D si se encuentra en las siguientes situaciones:

- Recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos.
- Estuvo menos de 63 días consecutivos sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable.

**Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

---

- Tuvo cobertura acreditable de medicamentos a través de otra fuente (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud para Veteranos [Veterans Health Administration, VA]). Su aseguradora o departamento de recursos humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Es posible que reciba esta información en una carta o boletín informativo de ese plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.
  - **Nota:** Toda carta o aviso debe indicar que tuvo una cobertura acreditable de medicamentos con receta de la que se espera que pague tanto como el plan estándar de medicamentos de Medicare.
  - **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos con receta, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuentos para medicamentos no constituyen una cobertura acreditable de medicamentos con receta.

**Es Medicare quien determina el monto de la multa por inscripción tardía en la Parte D.**

Así es como funciona:

- En primer lugar, cuente el número de meses completos que ha retrasado su inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, después de ser elegible para inscribirse. O bien, cuente la cantidad de meses completos durante los cuales no tuvo cobertura acreditable de medicamentos, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más.
- A continuación, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en el país correspondiente al año anterior (prima nacional base del beneficiario). Para 2027, el monto de esta prima promedio es de \$41.33.
- Para calcular su multa mensual, Medicare multiplica la cantidad de meses sin cobertura (porcentaje de la multa) por el 1 % de la prima nacional base del beneficiario y, luego, redondea ese monto a los 10 centavos más cercanos. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable, la multa sería el 14 % de \$41.33, lo que equivale a \$5.79. Este monto se redondea a \$5.80. Este monto se añadiría **a la prima mensual del plan de una persona que tenga una multa por inscripción tardía en la Parte D.**

Tres aspectos importantes que debe saber sobre la multa mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- **La multa puede cambiar cada año**, ya que la prima nacional base del beneficiario puede cambiar cada año.

**Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

---

- **Por lo general, seguirá pagando una multa** cada mes mientras esté inscrito en un plan que incluya beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si es *menor* de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D volverá a cero cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía en la Parte D se basará únicamente en los meses en los que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial al cumplir la edad para ingresar a Medicare.

**Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una reconsideración (apelación) de la multa.** La reconsideración está a cargo de una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros. Por lo general, debe solicitar esta reconsideración **en un plazo de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba en la que se indique que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si pagaba una multa antes de inscribirse en nuestro plan, por lo general no tendrá otra oportunidad de solicitar una reconsideración de esa multa por inscripción tardía.

**Sección 5.4 Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos**

En el caso de algunos miembros que pierden la elegibilidad para este plan debido a cambios en sus ingresos, es posible que deban pagar un cargo adicional por su plan de Medicare, conocido como Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (IRMAA). El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado, según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años. Si este importe supera una determinada cantidad, pagará el importe de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que podría tener que pagar según sus ingresos, visite **[Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs](https://www.medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs)**.

Si tiene que pagar un IRMAA adicional, el Seguro Social, y no su plan de Medicare, le enviará una carta para informarle cuál será ese monto adicional. La cantidad extra se retendrá de su cheque de prestaciones de la Seguridad Social, de la Junta de Jubilación para Ferroviarios o de la Oficina de Gestión de Personal, independientemente de cómo pague habitualmente la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad extra adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el IRMAA adicional al gobierno. No puede pagarlo junto con la prima mensual de su plan. Si no paga el IRMAA adicional, se cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

**Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

---

Si no está de acuerdo con el pago de un IRMAA adicional, puede solicitar 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 5.5 Monto del Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare**

Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare, cada mes pagará la prima de su plan (si corresponde) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos con receta (en lugar de pagar en la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que adeude por las recetas que surta, más el saldo del mes anterior, dividido entre la cantidad de meses que queden en el año.

En el Capítulo 2, Sección 7, se proporciona más información sobre el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o una apelación.

---

**SECCIÓN 6 Más información sobre la prima mensual de su plan**

---

**Sección 6.1 La prima mensual de su plan no cambiará durante el año**

No se nos permite cambiar el monto de la prima mensual de nuestro plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigor el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si adeuda una, o que deba comenzar a pagar una multa por inscripción tardía.

- En caso de perder la Ayuda Adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía en la Parte D si cancela su inscripción en el plan y pasa 63 días consecutivos o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos.

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

---

**SECCIÓN 7 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan**

---

Su registro de miembro contiene información de su formulario de inscripción, incluidos su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria, grupo médico y asociación de médicos independientes (Independent Practice Association, IPA).

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan **usan su registro de miembro para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuáles**

**Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

---

**son sus montos de costos compartidos.** Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

**Infórmenos si se produce alguno de los siguientes cambios:**

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura médica que tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, la compensación para trabajadores o AHCCCS [Medicaid])
- Cualquier reclamación de responsabilidad civil, como las reclamaciones derivadas de un accidente automovilístico
- Si ingresa en un hogar de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si cambia su parte responsable designada (como un cuidador)
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informar a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tenga previsto participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si cambia alguno de estos datos, infórmenos llamando a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (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**).

Para mantener actualizada su información de AHCCCS (Medicaid), use el portal en línea Health-e-Arizona Plus (HEAplus) para actualizar su dirección, número de teléfono y correo electrónico. Como alternativa, puede llamar al **1-855-HEA-PLUS (1-855-432-7587)** de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 6:00 p. m. (los usuarios de TTY deben llamar al **711**), o llamar a su plan de salud específico.

---

**SECCIÓN 8      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 los beneficios de nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta para indicarle cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que sea de nuestro conocimiento. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no tiene que hacer nada. Si la información no es correcta

**Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

---

o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Es posible que deba proporcionar el número de identificación de miembro de nuestro plan a sus otras aseguradoras (una vez que confirme la identidad de estas compañías) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), las reglas de Medicare determinan si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero (el “pagador primario”) lo hace hasta alcanzar los límites de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar (el “pagador secundario”) solo paga si quedan costos que la cobertura primaria no cubrió. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos. Si cuenta con otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas normas se aplican a la cobertura del plan de salud de sindicato o grupal del empleador:

- Si cuenta con cobertura de jubilación, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador y si tiene Medicare en función de la edad, la discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
  - Si es menor de 65 años, tiene una discapacidad y usted (o su familiar) sigue trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si al menos uno de los empleadores de un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
  - Si es mayor de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja de hecho) sigue trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos uno de los empleadores de un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

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

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

**Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

---

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

## CAPÍTULO 2:

# Números de teléfono y recursos

### SECCIÓN 1 Información de contacto de Health Choice Pathway

Para obtener ayuda con reclamaciones, facturación o preguntas sobre la tarjeta de membresía, llame o escriba a Servicios para Miembros de Health Choice Pathway. Con gusto le ayudaremos.

#### Departamento de Servicios para Miembros: información de contacto

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llame</b>     | <b>1-800-656-8991</b><br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m. los siete días de la semana (excepto los días festivos).<br><br>Servicios para Miembros (los usuarios de TTY deben llamar al <b>711</b> ) también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para las personas que no hablan inglés. |
| <b>TTY</b>       | <b>711</b><br><br>Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m. los siete días de la semana (excepto los días festivos).                                                                     |
| <b>Escriba</b>   | Health Choice Pathway<br>P.O. Box 52033<br>Phoenix, AZ 85072<br><br><b>HCHComments@azblue.com</b>                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Sitio web</b> | <b><u><a href="https://azblue.com/hcpathway">azblue.com/hcpathway</a></u></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos****Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre su atención médica**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagamos 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 presentar apelaciones sobre su atención médica o medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

**Decisiones de cobertura y apelaciones sobre atención médica o medicamentos de la Parte D: información de contacto**

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llame</b>     | <b>1-800-656-8991</b><br><br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br><br>El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m. los siete días de la semana (excepto los días festivos).                                                                                                               |
| <b>TTY</b>       | <b>711</b><br><br>Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m. los siete días de la semana (excepto los días festivos). |
| <b>Fax</b>       | <b>1-877-424-5680</b> por decisiones de cobertura de atención médica<br><b>1-480-760-4739</b> por apelaciones sobre atención médica<br><b>1-877-422-8130</b> por medicamentos con receta de la Parte D                                                                                              |
| <b>Escriba</b>   | Health Choice Pathway<br>P.O. Box 52033<br>Phoenix, AZ 85072                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Sitio web</b> | <b><a href="http://azblue.com/hcpathway">azblue.com/hcpathway</a></b>                                                                                                                                                                                                                               |

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos****Cómo presentar una queja sobre su atención médica**

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de los proveedores de las farmacias de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de su atención médica. Este tipo de queja no implica disputas sobre la cobertura o el pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

**Quejas sobre su atención médica: información de contacto**

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llame</b>                 | <b>1-800-656-8991</b><br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m. los siete días de la semana (excepto los días festivos).                                                                                                                      |
| <b>TTY</b>                   | <b>711</b><br><br>Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m. los siete días de la semana (excepto los días festivos). |
| <b>Fax</b>                   | <b>1-480-760-4739</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Escriba</b>               | Health Choice Pathway<br>Attn: Resolution Center<br>P.O. Box 52033<br>Phoenix, AZ 85072                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Sitio web de Medicare</b> | Para presentar una queja sobre Health Choice Pathway directamente ante Medicare, visite <b><u><a href="https://www.medicare.gov/my/medicare-complaint">Medicare.gov/my/medicare-complaint</a></u></b> .                                                                                             |

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos****Cómo solicitarnos que paguemos el costo de la atención médica o de un medicamento que recibió**

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

Si nos envía una solicitud de pago y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

**Solicitudes de pago: información de contacto**

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llame</b>     | <b>1-800-656-8991</b><br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m. los siete días de la semana (excepto los días festivos).                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>TTY</b>       | <b>711</b><br><br>Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m. los siete días de la semana (excepto los días festivos).                                                                                                                                                         |
| <b>Fax</b>       | <b>1-480-760-4708</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Escriba</b>   | Para el reembolso de atención médica:<br>Health Choice Pathway<br>Attn: Reimbursement Services<br>P.O. Box 52033<br>Phoenix, AZ 85072<br><br>Para el reembolso de medicamentos:<br>Health Choice Pathway<br>Centro de información del Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare<br>6685 W Beardsley Rd Ste 230<br>Glendale, AZ 85308<br><b>Correo electrónico:</b> <a href="mailto:helpme@helpinghandhealth.com">helpme@helpinghandhealth.com</a> |
| <b>Sitio web</b> | <b><a href="http://azblue.com/hcpathway">azblue.com/hcpathway</a></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

**SECCIÓN 2      Obtenga ayuda de Medicare**

Medicare es el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa 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 celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

**Medicare: información de contacto**

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llame</b>        | <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b><br><br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br><br>Las 24 horas del día, los siete días de la semana.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>TTY</b>          | <b>1-877-486-2048</b><br><br>Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Chat en vivo</b> | Chatee en vivo en <b><u><a href="https://www.medicare.gov/talk-to-someone">Medicare.gov/talk-to-someone</a></u></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Escriba</b>      | Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Sitio web</b>    | <b><u><a href="https://www.Medicare.gov">Medicare.gov</a></u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluidos sus costos y los servicios que proporcionan.</li> <li>• Encuentre médicos u otros proveedores de atención médica y proveedores de suministros que participan en Medicare.</li> <li>• Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, inyecciones o vacunas y visitas anuales de “Bienestar”).</li> <li>• Obtenga información y formularios sobre las apelaciones de Medicare.</li> <li>• Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención médica a domicilio, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de atención a largo plazo.</li> <li>• Consulte sitios web y números de teléfono útiles.</li> </ul> |

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**

---

---

También puede visitar **Medicare.gov** para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga acerca de Health Choice Pathway.

**Para presentar una queja ante Medicare**, visite **Medicare.gov/my/medicare-complaint**. Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

---

### **SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia con los Seguros de Salud (SHIP)**

El Programa Estatal de Asistencia con los Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado y ofrece ayuda e información gratuitas, además de respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En Arizona, el programa SHIP se denomina Programa Estatal de Asistencia con los Seguros de Salud de Arizona (Arizona SHIP).

Arizona SHIP es un programa estatal independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a las personas que tienen Medicare.

Los asesores de Arizona SHIP pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de Arizona SHIP también pueden ayudarle con preguntas o problemas relacionados con Medicare, ayudarle a comprender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

#### **Programa Estatal de Asistencia con los Seguros de Salud de Arizona (Arizona SHIP): información de contacto**

|                  |                                                                                                                          |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llame</b>     | <b>1-800-432-4040</b>                                                                                                    |
| <b>TTY</b>       | <b>711</b>                                                                                                               |
|                  | Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. |
| <b>Escriba</b>   | Department of Economic Security (DES)<br>1789 W Jefferson St (Site Code 950A)<br>Phoenix, AZ 85007                       |
| <b>Sitio web</b> | <b><a href="https://des.az.gov/medicare-assistance">https://des.az.gov/medicare-assistance</a></b>                       |

## **SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)**

Una Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) designada presta servicios a las personas que tienen Medicare en cada estado. En Arizona, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Commence Health. Commence Health cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes Medicare paga para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. Commence Health es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Comuníquese con Commence Health en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Algunos ejemplos de inquietudes sobre la calidad de la atención incluyen recibir el medicamento equivocado, someterse a pruebas o procedimientos innecesarios o recibir un diagnóstico incorrecto.
- Considera que su cobertura por hospitalización finalizará demasiado pronto.
- Considera que está terminando demasiado pronto la cobertura de su atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF).

### **Commence Health (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Arizona): información de contacto**

|                  |                                                                                                                                                                                             |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llame</b>     | <b>1-877-588-1123</b><br><br>De lunes a viernes: de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora local)<br>Sábados, domingos y días festivos: de 10:00 a. m. a 4:00 p. m. (hora local)                     |
| <b>TTY</b>       | <b>711</b><br><br>Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.                                                  |
| <b>Escriba</b>   | BFCC-QIO Program<br>Commence Health<br>PO Box 2687<br>Virginia Beach, VA 23454<br><br><b>Correo electrónico:</b> <a href="mailto:communications@commence.ai">communications@commence.ai</a> |
| <b>Sitio web</b> | <b><a href="https://www.commencehealthqio.cms.gov/en">https://www.commencehealthqio.cms.gov/en</a></b>                                                                                      |

## **SECCIÓN 5 Seguro Social**

---

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y se encarga de la inscripción en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene ingresos más altos. Si recibió una carta del Seguro Social en la que se le informa que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre dicho monto, o si sus ingresos disminuyeron debido a un acontecimiento que ocasionó cambios de gran magnitud en su vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, comuníquese con el Seguro Social para informarlo.

### **Seguro Social: información de contacto**

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llame</b>     | <b>1-800-772-1213</b><br><br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br><br>Disponible de 8 a. m. a 7 p. m. de lunes a viernes.<br><br>Use los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones las 24 horas del día. |
| <b>TTY</b>       | <b>1-800-325-0778</b><br><br>Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br><br>Disponible de 8 a. m. a 7 p. m. de lunes a viernes.                          |
| <b>Sitio web</b> | <b><u><a href="https://www.ssa.gov">SSA.gov</a></u></b>                                                                                                                                                                                                                                    |

**SECCIÓN 6 AHCCCS (Medicaid)**

AHCCCS (Medicaid) es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados.

Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, comuníquese con AHCCCS (Medicaid).

**Arizona Health Care Containment System (AHCCCS), programa Medicaid de Arizona: información de contacto**

|                  |                                                                                                                                                |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llame</b>     | <b>1-855-HEA-PLUS o 1-855-432-7587</b><br>Lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. excepto los días festivos estatales.                            |
| <b>TTY</b>       | <b>1-800-842-6520</b> Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. |
| <b>Escriba</b>   | AHCCCS<br>150 N. 18th Ave<br>Phoenix, AZ 85007                                                                                                 |
| <b>Sitio web</b> | <b><a href="https://www.azahcccs.gov/">https://www.azahcccs.gov/</a></b>                                                                       |

La defensoría ciudadana del Defensor del Pueblo de Arizona ayuda a las personas inscritas en AHCCCS (Medicaid) con problemas relacionados con los servicios o la facturación. Ellos pueden ayudarle a presentar una queja o apelación sobre nuestro plan.

**Defensoría ciudadana del Defensor del Pueblo de Arizona: información de contacto**

|                  |                                                                                                                                                                                                     |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llame</b>     | <b>1-602-277-7292</b><br>Abierto de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. excepto los días festivos estatales.                                                                                       |
| <b>Escriba</b>   | Defensoría ciudadana del Defensor del Pueblo de Arizona<br>2020 N Central Ave., Suite 570<br>Phoenix, AZ 85004<br><b>Correo electrónico:</b> <a href="mailto:ombuds@azoca.gov">ombuds@azoca.gov</a> |
| <b>Sitio web</b> | <b><a href="https://azoca.gov/">https://azoca.gov/</a></b>                                                                                                                                          |

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**

El Defensor del Pueblo de la Atención a Largo Plazo de Arizona ayuda a las personas a obtener información sobre hogares de ancianos y a resolver problemas entre estos centros y los residentes o sus familias.

**Defensor del Pueblo de la Atención a Largo Plazo de Arizona: información de contacto**

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llame</b>     | <p><b>1-602-542-6454</b></p> <p>Agencia para Personas Mayores del Área, condado de Maricopa, <b>1-602-264-4357</b></p> <p>Consejo para Personas Mayores del Norte de Arizona, condados de Yavapai, Coconino, Navajo y Apache, <b>1-877-521-3500</b></p> <p>Consejo para Personas Mayores del Oeste de Arizona, condados de Mohave, La Paz y Yuma, <b>1-928-217-7114</b></p> <p>División para Personas Mayores de Arizona Central, condados de Pinal y Gila, <b>1-520-836-2758</b></p> <p>Organización de Gobiernos del Sureste de Arizona, condados de Cochise, Graham, Greenlee y Santa Cruz, <b>1-520-432-2528</b></p> <p>Agencia para Personas Mayores del Área de Navajo, Nación Navajo, <b>1-602-542-6454 o 1-602-542-6432</b></p> <p>21 Naciones Tribales, Consejo Intertribal de Arizona, <b>1-800-591-9370</b></p> <p>Abierto de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. excepto los días festivos estatales.</p> |
| <b>Escriba</b>   | <p>Programa de la Oficina del Defensor del Pueblo de la Atención a Largo Plazo de Arizona</p> <p>1789 W Jefferson Street, Mail Drop 6288</p> <p>Phoenix, AZ 85007</p> <p><b>Correo electrónico:</b> <a href="mailto:ltcop@azdes.gov">ltcop@azdes.gov</a></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Sitio web</b> | <p><b><a href="https://des.az.gov/LTCOP">https://des.az.gov/LTCOP</a></b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

## **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](https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs)) contiene información sobre maneras de reducir los costos de sus medicamentos con receta. Los siguientes programas pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

### **Ayuda Adicional de Medicare**

Debido a que es elegible para AHCCCS (Medicaid), reúne los requisitos para recibir Ayuda Adicional de Medicare y la recibe para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. No tiene que hacer nada más para recibir esta Ayuda Adicional.

Si tiene preguntas sobre la Ayuda Adicional, llame a cualquiera de los siguientes números:

- **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).** Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- La oficina del Seguro Social al **1-800-772-1213**, de lunes a viernes de 8 a. m. a 7 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**.
- La oficina de Medicaid de su estado al **1-855-HEA-PLUS o 1-855-432-7587**.

Si considera que está pagando un monto incorrecto por su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso para ayudarlo a obtener evidencia del monto de copago correcto. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarlo a proporcionárnosla.

- Si usted, su farmacéutico, su defensor, representante, un familiar o cualquier persona que actúe en su nombre necesita enviar información, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los documentos de respaldo pueden enviarse por fax al **1-480-760-4635**, Attn: Medicare Operations – Best Available Evidence, o por correo a: Health Choice Pathway Attn: Medicare Operations – Best Available Evidence P.O. Box 52033, Phoenix AZ 85072.
- Cuando recibamos la evidencia que demuestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto de copago correcto la próxima vez que surta una receta. Si paga de más por su copago, le reembolsaremos el monto, ya sea mediante un cheque o un crédito para un copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene una deuda con ella, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (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 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas que viven con VIH/SIDA a acceder a los medicamentos contra el VIH, que pueden salvarles la vida. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también se encuentran en el formulario de ADAP reúnen los requisitos a fin de recibir ayuda para los costos compartidos de los medicamentos con receta a través del Departamento de Servicios de Salud (Arizona Department of Health Services, ADHS). En Arizona, el ADHS administra el ADAP.

**Nota:** A fin de ser elegibles para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, entre ellos, presentar comprobantes de residencia en el estado y de su condición de VIH, tener bajos ingresos (según la definición del estado) y no tener seguro o tener un seguro insuficiente. Si cambia de plan, informe al encargado local de inscripciones de ADAP para que pueda seguir recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Departamento de Servicios de Salud (ADHS) al **1-602-364-3610**.

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos****Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare**

El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una opción de pago que trabaja con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a manejar los gastos de bolsillo por los medicamentos que cubre nuestro plan mediante su distribución a lo largo **del año calendario** (de enero a diciembre). Todas las personas con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) pueden usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a gestionar sus gastos, pero no representa un ahorro de dinero ni reduce el costo de sus medicamentos. Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare y sigue en el mismo plan de la Part D, su participación se renovará de forma automática para 2027; no tiene que presentar una nueva solicitud de elección para seguir participando en 2027.** Para quienes reúnen los requisitos, la Ayuda Adicional de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP son más beneficiosas que participar en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o visite **[Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)**.

**Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare: información de contacto**

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llame</b>     | <b>1-800-656-8991</b><br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m. los siete días de la semana (excepto los días festivos).<br>Servicios para Miembros, <b>1-800-656-8991</b> (los usuarios de TTY deben llamar al <b>711</b> ), también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para las personas que no hablan inglés. |
| <b>TTY</b>       | <b>711</b><br>Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.<br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m. los siete días de la semana (excepto los días festivos).                                                                                             |
| <b>Escriba</b>   | Health Choice Pathway<br>Centro de información del Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare<br>6685 W Beardsley Rd Ste 230<br>Glendale, AZ 85308<br><b>Correo electrónico:</b> <a href="mailto:helpme@helpinghandhealth.com">helpme@helpinghandhealth.com</a>                                                                                                                |
| <b>Sitio web</b> | <b><a href="https://azblue.com/hcpathway">azblue.com/hcpathway</a></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

## **SECCIÓN 8 Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)**

---

La Junta de Jubilación para Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, informe a la agencia si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

### **Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB): información de contacto**

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llame</b>     | <b>1-877-772-5772</b><br><br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br><br>Presione “0” para hablar con un representante de la RRB de 9 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a. m. a 12 p. m. los miércoles.<br><br>Presione “1” para acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos. |
| <b>TTY</b>       | <b>1-312-751-4701</b><br><br>Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.<br><br>Las llamadas a este número no son gratuitas.                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Sitio web</b> | <b><u><a href="https://RRB.gov">https://RRB.gov</a></u></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

## **SECCIÓN 9      Obtenga ayuda de la Agencia para Personas Mayores del Área de Arizona**

Las *Agencias para Personas Mayores del Área (Area Agency on Aging, AAA)* de Arizona son agencias públicas o sin fines de lucro que ayudan a los adultos mayores de Arizona. Las AAA son elegidas por el estado para planificar y coordinar los servicios a nivel local.

Las AAA pueden proporcionar servicios en el hogar y la comunidad, defender los intereses de los adultos mayores y ofrecer información sobre programas, opciones y apoyos comunitarios.

### **Agencia para Personas Mayores del Área de Arizona: información de contacto**

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llame</b>     | <b>1-602-264-2255</b> (condado de Maricopa)<br><b>1-520-836-2758</b> o <b>1-800-293-9393</b> (condados de Pinal y Gila)<br><b>1-877-521-3500</b> (condados de Apache, Navajo, Coconino y Yavapai)<br><b>1-928-213-5215</b> (área local de Flagstaff)<br><b>1-928-753-6247</b> (condado de Mohave)<br><b>1-928-871-6869</b> (Nación Navajo)<br><b>1-602-258-4822</b> (Consejo Intertribal de Arizona) |
| <b>Sitio web</b> | <b><a href="https://des.az.gov/services/older-adults/area-agency-on-aging-locations">https://des.az.gov/services/older-adults/area-agency-on-aging-locations</a></b>                                                                                                                                                                                                                                 |

# **CAPÍTULO 3:**

## **Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**

### **SECCIÓN 1      Cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan**

---

En este capítulo se explica lo que necesita saber sobre cómo usar nuestro plan a fin de obtener cobertura para su atención médica y otros servicios. Para obtener detalles sobre qué atención médica y otros servicios cubre nuestro plan, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

#### **Sección 1.1      Proveedores de la red y servicios cubiertos**

- **Proveedores:** son médicos y otros profesionales de atención médica con licencia del estado para proporcionar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Proveedores de la red:** son médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago como pago total. Hemos coordinado con estos proveedores para que proporcionen servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le proporcionan. Cuando consulta a un proveedor de la red, no paga nada por los servicios cubiertos.
- **Servicios cubiertos:** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta que cubre nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se enumeran en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Los servicios cubiertos de medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

#### **Sección 1.2      Reglas básicas para que nuestro plan cubra su atención médica y otros servicios**

Como plan de salud de Medicare, Health Choice Pathway debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y puede ofrecer otros servicios además de los cubiertos por Medicare Original; consulte el Capítulo 4, Sección 2.1.

### Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para obtener sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

---

Health Choice Pathway generalmente cubrirá su atención médica siempre que se cumpla lo siguiente:

- **La atención que reciba esté incluida en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesaria significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tenga un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red que le brinde y supervise su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (consulte la Sección 2.1 para obtener más información).
  - En algunas situaciones, nuestro plan debe darle aprobación por adelantado 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 a domicilio. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
  - No necesita remisiones de su PCP para recibir atención de emergencia o servicios de urgencia. Para obtener información sobre otros tipos de atención que puede recibir sin obtener la aprobación por adelantado de su PCP, consulte la Sección 2.2.
- **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (consulte 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 deberá pagar al proveedor el costo total de los servicios que reciba. Estas son tres excepciones:
  - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y saber qué se considera atención de emergencia o servicios de urgencia, consulte la Sección 3.
  - Si necesita recibir atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que la presten, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que paga normalmente dentro de la red. Es posible que deba obtener autorización previa de Health Choice Pathway. En esta situación, cubriremos estos servicios como si hubiera recibido la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.

## **Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para obtener sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**

---

- Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando el proveedor de este servicio no esté disponible o accesible temporalmente. El costo compartido que pague a nuestro plan por la diálisis nunca puede ser superior al costo compartido de Medicare Original. Si se encuentra 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 superior al 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 decide recibir servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido por la diálisis puede ser mayor.

### **SECCIÓN 2 Use proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios**

---

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

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

Un proveedor de atención primaria (PCP) es un profesional de atención médica que usted elige para que se encargue de sus necesidades básicas de salud. Su PCP debe cumplir con los requisitos de licencia del estado de Arizona, estar acreditado por Health Choice Arizona, Inc. y formar parte de la red de nuestro plan.

Los tipos de proveedores que pueden desempeñarse como PCP incluyen:

- Médicos (MD)
- Médicos osteópatas (DO)
- Enfermeros practicantes (NP)
- Asistentes médicos (PA), que trabajan bajo la supervisión de un médico

Su PCP es su principal punto de contacto para la atención médica y ayuda a coordinar los servicios que recibe a través de Medicare. Su PCP es responsable de:

- Proporcionar atención de rutina, como chequeos y exámenes preventivos
- Manejar afecciones crónicas
- Remitirlo a especialistas y otros proveedores de nuestra red
- Coordinar sus servicios cubiertos a través de Medicare

### Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para obtener sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

---

- Trabajar con el equipo de manejo de la atención para garantizar que su atención cumpla con sus objetivos de salud

Los PCP ayudan a tomar decisiones sobre su atención, incluso a determinar si necesita servicios que puedan requerir autorización previa (Prior Authorization, PA) del plan.

#### Cómo elegir un PCP

Cuando se inscriba en nuestro plan, debe elegir un PCP de nuestra red. Puede encontrar una lista de los PCP disponibles en el Directorio de proveedores y farmacias o en nuestro sitio web en [azblue.com/hcpathway](https://azblue.com/hcpathway).

Si no elige un PCP, es posible que le asignemos uno. Puede cambiar de PCP en cualquier momento llamando a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**.

#### Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP deje de formar parte de la red de proveedores de nuestro plan, en cuyo caso deberá elegir un PCP nuevo. Si desea comenzar a tratarse con otro PCP, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). También puede encontrar una lista de los PCP de la red en nuestro Directorio de proveedores y farmacias o en nuestro sitio web en [azblue.com/hcpathway](https://azblue.com/hcpathway). En la mayoría de los casos, la elección de su nuevo PCP entrará en vigor y Servicios para Miembros le informará la fecha de entrada en vigor del cambio. Si necesita que el cambio entre en vigor antes, infórmenos cuando llame y haremos todo lo posible por atender su solicitud. Es importante que informe a Servicios para Miembros si actualmente recibe servicios cubiertos que requieren la aprobación de su PCP, como servicios de atención médica a domicilio o equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME). Servicios para Miembros le ayudará a garantizar que la atención especializada que recibe actualmente y otros servicios cubiertos continúen sin interrupciones cuando cambie de PCP. También verificará si el PCP con quien desea comenzar a tratarse acepta pacientes nuevos actualmente.

## **Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para obtener sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**

---

### **Sección 2.2 Atención médica y otros servicios que puede recibir sin una remisión de su PCP**

Puede obtener los servicios que se mencionan a continuación sin obtener la aprobación previa de su PCP.

- Las mujeres tienen acceso directo a los servicios de atención médica de rutina y preventiva para la mujer que presten los especialistas en salud de la mujer de la red, sin una remisión ni autorización previa. Los especialistas en salud de la mujer incluyen obstetras, ginecólogos y enfermeras parteras certificadas. Los servicios cubiertos incluyen atención prenatal, exámenes de los senos, mamografías de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los reciba de un proveedor de la red.
  - “Acceso directo” significa que no podemos exigir que las mujeres obtengan una remisión o autorización previa como condición para recibir dichos servicios de especialistas de la red.
- Vacunas contra la gripe, el COVID-19, la hepatitis B y la neumonía
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia cubiertos por el plan son servicios que requieren atención médica inmediata (pero que no constituyen una emergencia) si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si, dadas las circunstancias de tiempo y lugar, no es razonable obtener estos servicios de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas y los brotes inesperados de afecciones ya existentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias a proveedores (como los chequeos anuales) no se consideran servicios de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que usted recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras esté fuera.
- Los servicios dentales, de la vista y auditivos cubiertos que no están cubiertos por Medicare Original no requieren una remisión de su PCP.

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

Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Existen varios tipos de especialistas. Por ejemplo:

### Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para obtener sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

---

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

Tiene acceso a especialistas de la red de proveedores de Health Choice Pathway para recibir servicios cubiertos. La mayoría de las visitas al consultorio de especialistas no requieren autorización previa ni remisión. Sin embargo, algunos servicios de especialistas, procedimientos, tratamientos o pruebas de diagnóstico pueden requerir autorización previa. Si se necesita autorización previa, su PCP o especialista le ayudará a coordinar y obtener la aprobación necesaria. Puede encontrar una lista completa de los servicios que requieren autorización previa en el Capítulo 4, Sección 2.1. Servicios para Miembros también puede ayudarle a encontrar un especialista de la red y responder preguntas sobre los requisitos de autorización.

Algunos miembros con Necesidades Especiales de Atención Médica (Special Health Care Needs, SHCN) tienen afecciones físicas, del desarrollo o conductuales graves o a largo plazo que duran un año o más y requieren más atención de la que suele proporcionar un PCP. Si tiene una de estas afecciones, podemos coordinar el acceso continuo a un especialista que la trate, por ejemplo, mediante una remisión permanente o una cantidad aprobada de visitas, para que no necesite una nueva remisión cada vez. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o hable con su PCP para obtener más información sobre cómo garantizamos el acceso directo a especialistas en estas circunstancias.

Para recibir servicios cubiertos, por lo general debe usar proveedores de la red, incluidos especialistas y hospitales, excepto en casos de emergencia, situaciones de urgencia u otras circunstancias descritas en el Capítulo 3, Sección 2.4. Al elegir un PCP, tenga en cuenta los especialistas y hospitales que participan en la red de su PCP. Para encontrar un especialista de la red, visite [azblue.com/hcpathway](https://azblue.com/hcpathway) y seleccione “Find a Doctor” (Encuentra un médico), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener ayuda. Puede obtener el Directorio de proveedores en español y otros idiomas. También puede solicitar formatos alternativos, incluidos braille, letra grande y audio.

Es posible que necesite la aprobación de Health Choice Pathway, lo que se denomina una decisión de cobertura favorable, antes de recibir determinados servicios o consultar a un especialista fuera de la red. Este proceso se denomina autorización previa. Si se requiere autorización previa, su proveedor enviará una solicitud a nuestro plan en su nombre. Revisaremos la solicitud y le notificaremos nuestra decisión a usted y a su proveedor. Si se rechaza una solicitud, explicaremos el motivo del rechazo y sus derechos de apelación.

### **Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para obtener sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**

---

El Capítulo 9, Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas), contiene más información sobre qué hacer si desea que tomemos una decisión de cobertura o si desea apelar una decisión que ya hayamos tomado.

Consulte la Tabla de beneficios del Capítulo 4, Sección 2.1, para obtener una lista detallada de los servicios que requieren autorización previa.

Si cambia de PCP, su acceso a determinados especialistas u hospitales puede verse afectado, según las remisiones y las relaciones de la red asociadas con su nuevo PCP.

Para obtener ayuda con las autorizaciones previas, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (TTY: **711**).

#### **Cuando un especialista u otro proveedor 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 los siguientes derechos y protecciones:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
  - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, se lo notificaremos solo si consultó a ese proveedor durante los últimos tres años.
  - Si cualquiera de sus otros proveedores deja nuestro plan, se lo notificaremos si está asignado a ese proveedor, si actualmente recibe atención de dicho proveedor o si lo consultó durante los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado de la red para que continúe recibiendo atención.
- Si está recibiendo tratamiento médico o terapias de su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que se continúe el tratamiento o las terapias que sean médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le proporcionaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas, coordinaremos cualquier beneficio cubierto

### Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para obtener sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

---

médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores con el costo compartido de la red. Requiere autorización previa.

- Si se entera de que su médico o especialista dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a elegir un proveedor nuevo que se encargue de su atención.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está manejando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja sobre la calidad de la atención ante nuestro plan, o ambas (consulte el Capítulo 9).

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

Debe recibir atención de proveedores de la red de Health Choice Pathway. En la mayoría de los casos, los servicios de proveedores que no pertenecen a nuestra red (proveedores fuera de la red) generalmente no están cubiertos, a menos que se apliquen determinadas excepciones. Estas son tres excepciones en las que puede estar cubierta la atención de un proveedor fuera de la red:

1. **Atención de emergencia o de urgencia:** el plan cubre la atención de emergencia o de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red cuando no pueda acceder a un proveedor de la red. Para obtener más información, incluidas las definiciones de atención de emergencia y de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
2. **Atención no disponible en nuestra red:** si Medicare exige que se cubra un servicio que necesita y no hay proveedores de la red disponibles para proporcionarlo, es posible que pueda recibir ese servicio de un proveedor fuera de la red. Antes de recibir el servicio, debe obtener autorización previa (también denominada decisión de cobertura) del plan. Usted y su proveedor deben comunicarse con el plan para solicitar la aprobación antes de que se proporcione el servicio. Si se aprueba la solicitud, el servicio estará cubierto como si lo hubiera recibido de un proveedor de la red.

Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, consulte el Capítulo 9, *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

3. **Diálisis renal si se encuentra temporalmente fuera de nuestra área de servicio:** puede recibir servicios de diálisis en cualquier centro de diálisis certificado por Medicare.

#### Si se encuentra fuera del área de servicio

## Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para obtener sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

---

Si está de viaje o se mudó fuera del área de servicio de Health Choice Pathway y necesita atención de emergencia, acuda a la sala de emergencias más cercana. Para necesidades que no sean de emergencia, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (TTY: **711**).

### Cómo consultar con un proveedor fuera de la red

Health Choice Pathway cuenta con una amplia red de proveedores para satisfacer sus necesidades de atención médica. Puede buscar proveedores de la red en nuestro sitio web en [azblue.com/hcpathway](https://azblue.com/hcpathway) o llamar a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (TTY: **711**) para obtener ayuda.

Para recibir servicios cubiertos, por lo general debe usar proveedores de la red de Health Choice Pathway, excepto en casos de emergencia, de urgencia u otras situaciones descritas anteriormente. Si considera que necesita recibir atención de un proveedor que no pertenece a nuestra red, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (TTY: **711**) o hable con su PCP antes de recibir los servicios.

## SECCIÓN 3      Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad de atención de urgencia

---

### Sección 3.1      Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente sin formación médica que tenga un conocimiento promedio sobre 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 por nacer), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden deberse a una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

En caso de tener una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al **911** para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. No necesita obtener primero la aprobación ni una remisión de su PCP. No necesita acudir a un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor que tenga la licencia estatal correspondiente, incluso si no forma parte de nuestra red.

### Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para obtener sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

---

- **Asegúrese de informar a nuestro plan sobre su emergencia lo antes posible.** Necesitamos dar seguimiento a la atención de emergencia que recibió. Usted o alguna otra persona debe llamarnos para informarnos sobre dicha atención, por lo general dentro de un plazo de 48 horas. Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-656-8991**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m. los siete días de la semana (excepto los días festivos).

#### Servicios cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otra forma podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brinden atención de emergencia decidirán cuándo su afección se ha estabilizado y cuándo ha finalizado la emergencia médica.

Una vez finalizada la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su afección continúe estable. Los médicos seguirán atendiéndolo hasta que se pongan en contacto con nosotros y hagan planes para los cuidados adicionales. Nuestro plan cubrirá su atención de seguimiento.

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

#### ¿Qué sucede si no fue una emergencia médica?

A veces, puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, es posible que acuda para recibir atención de emergencia porque considera que su salud corre grave peligro y que luego el médico determine que, después de todo, no se trataba de una emergencia médica. Si resulta que no era una emergencia, cubriremos su atención siempre que haya considerado razonablemente que su salud corría grave peligro.

Sin embargo, después de que el médico determine que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de una de estas dos maneras:

- Acude a un proveedor de la red para recibir atención adicional.
- La atención adicional que recibe se considera un servicio de urgencia y usted sigue las reglas que se indican a continuación para recibir esta atención de urgencia.

## Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para obtener sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

---

### Sección 3.2 Cómo obtener atención cuando tiene una necesidad de servicios de urgencia

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) se considera un servicio de urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si, dadas las circunstancias de tiempo y lugar, no es razonable obtener este servicio de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas y los brotes inesperados de afecciones ya existentes. Sin embargo, las visitas de rutina médicamente necesarias a proveedores, como los chequeos anuales, no se consideran servicios de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

En situaciones en las que los proveedores de la red no estén disponibles temporalmente o no sea posible comunicarse con ellos, los miembros pueden recibir atención de urgencia en cualquier centro de atención de urgencia disponible. Para encontrar un proveedor de atención de urgencia de la red, consulte el Directorio de proveedores. También puede visitar [azblue.com/hcpathway](https://azblue.com/hcpathway) y seleccionar “Find a Doctor” (Encuentra un médico), o llamar a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener ayuda. Puede obtener el Directorio de proveedores en español y otros idiomas. También puede solicitar formatos alternativos, incluidos braille, letra grande y audio.

Se recomienda que reciba los servicios de urgencia de proveedores de la red siempre que sea posible. Sin embargo, si los proveedores de la red no están disponibles temporalmente y no es razonable esperar para recibir atención, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

También puede llamar a la Línea de Asesoramiento de Enfermería al **1-855-458-0622**, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los enfermeros registrados pueden responder preguntas sobre la salud, ayudarle a comprender sus síntomas, brindarle orientación sobre el cuidado personal y ayudarle a decidir si debe consultar a su PCP, acudir a un centro de atención de urgencia, buscar atención de emergencia o manejar la afección en su hogar. La Línea de Asesoramiento de Enfermería está disponible sin costo para los miembros del plan.

Nuestro plan no cubre los servicios de emergencia, los servicios de urgencia ni ningún otro servicio que reciba fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

### Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, seguirá teniendo derecho a recibir atención de nuestro plan.

## Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para obtener sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

---

Visite [azblue.com/hcpathway](https://azblue.com/hcpathway) para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesite durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red con el costo compartido 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. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5.

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

---

Si pagó por sus servicios cubiertos o recibe una factura por servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer.

#### Sección 4.1 Si nuestro plan no cubre los servicios

**Health Choice Pathway** cubre todos los servicios médicamente necesarios que se indican en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Si recibe servicios que nuestro plan no cubre, o recibe servicios fuera de la red sin autorización que no sean servicios de emergencia o de urgencia, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

En el caso de los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, también debe pagar el costo total de cualquier servicio que reciba después de agotar su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Los costos que pague después de alcanzar un límite de beneficios no se tienen en cuenta para su máximo anual de gastos de bolsillo. Por ejemplo, si continúa recibiendo atención en un centro de enfermería especializada después de que el plan haya pagado hasta alcanzar el límite del beneficio, es posible que usted sea responsable del costo total de cualquier atención adicional. Estos costos no se aplicarán a su máximo anual de gastos de bolsillo. Para averiguar cuánto ha utilizado de su límite de beneficios, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener ayuda.

### 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 (también llamado *ensayo clínico*) es una manera en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare

## Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para obtener sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

---

generalmente solicitan la participación de voluntarios. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

**Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio.** Si nos informa que participa en un ensayo clínico que reúne los requisitos, solo será responsable del costo compartido de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costo compartido de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido de la red. Deberá proporcionar documentación que demuestre cuánto pagó.

Si desea 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 le brinden atención como parte del estudio de investigación clínica no tienen que formar 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, incluidos determinados beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia [NCD-CED] y estudios de exención para dispositivos en investigación [IDE]. Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan).

Aunque no necesita el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos informe con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos que reúnan los requisitos de Medicare.

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

### Sección 5.2 Quién paga los servicios de un estudio de investigación clínica

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

- Habitación y comida durante una hospitalización, que Medicare pagaría incluso si usted no estuviera participando en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de la nueva atención.

### Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para obtener sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

---

Después de que Medicare pague su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de Medicare Original y el costo compartido de la red que le corresponde como miembro de nuestro plan. Esto significa que pagará por los servicios que reciba como parte del estudio el mismo monto que pagaría si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que indique cuánto pagó de costo compartido. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

*Ejemplo de costo compartido en un ensayo clínico:* Supongamos que, como parte del estudio de investigación, se realiza una prueba de laboratorio que cuesta \$100. Su parte del costo de esta prueba es de \$20 con Medicare Original, pero la prueba le costaría \$10 con nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría el copago de \$20 exigido por Medicare Original. Usted informaría a nuestro plan que recibió un servicio de un ensayo clínico que reúne los requisitos y presentaría la documentación correspondiente (por ejemplo, una factura del proveedor) a nuestro plan. Luego, nuestro plan le pagaría directamente \$10. De este modo, su pago neto por la prueba sería de \$10, el mismo monto que pagaría conforme a los beneficios de nuestro plan.

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

- Por lo general, Medicare no pagará el artículo o servicio nuevo que se esté evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubriera dicho artículo o servicio aunque usted no participara en un estudio.
- Artículos o servicios proporcionados únicamente para recopilar datos y que no se utilizan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte de un estudio si, normalmente, su afección médica solo requeriría una tomografía computarizada.
- Artículos y servicios que los patrocinadores de la investigación proporcionen de forma gratuita a las personas que participan en el ensayo.

#### **Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica**

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare y los estudios de investigación clínica), disponible en [Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies](https://www.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**.

## Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para obtener sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

---

### SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

---

#### Sección 6.1 Institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

Una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud es un centro que provee atención para una afección médica que normalmente se trataría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, cubriremos en su lugar la atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud. Este beneficio se provee únicamente para los servicios de internación de la Parte A (servicios de atención que no sean médicos).

#### 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 al cuidado de la salud, debe firmar un documento legal que indique que, por motivos de conciencia, se opone a recibir tratamiento médico **no exceptuado**.

- **Atención o tratamiento médico no exceptuado** se refiere a cualquier atención o tratamiento médico *voluntario* y *no obligatorio* según las leyes federales, estatales o locales.
- **Tratamiento médico exceptuado** se refiere a la atención o el tratamiento médico que recibe y que *no* es voluntario o que es *obligatorio* conforme a una ley federal, estatal o local.

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

- El centro que provee la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - Debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados 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; de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

## Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para obtener sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

---

- – y – se aplicarán sus límites de cobertura (consulte la Tabla de beneficios del Capítulo 4). Los límites de cobertura se describen en Atención hospitalaria para pacientes internados en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

No restringimos el acceso a los servicios por motivos de principios morales o religiosos. Esto incluye los servicios de asesoramiento y remisión. Si un proveedor se niega a proporcionar servicios que considera objetables por motivos morales o religiosos, le ayudaremos a acceder a otro proveedor que esté dispuesto a proporcionar estos servicios. Para obtener ayuda, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

## SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad del equipo médico duradero

---

### Sección 7.1 No será propietario de algunos equipos médicos duraderos después de realizar una determinada cantidad de pagos conforme a nuestro plan

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital que un proveedor solicita para que los miembros los usen en el hogar. El miembro siempre es propietario de algunos artículos de DME, como las prótesis. Otros tipos de DME deben alquilarse.

En Medicare Original, las personas que alquilan determinados tipos de equipo médico duradero se convierten en propietarios del equipo después de abonar los copagos por el artículo durante 13 meses. **Como miembro de Health Choice Pathway**, en determinadas circunstancias, le transferiremos la propiedad del artículo de DME. Otros artículos como el oxígeno, las bombas de infusión, los dispositivos de compresión y algunas sillas de ruedas seguirán siendo de alquiler mientras dure su uso. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener más información.

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

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

Ejemplo 1: Realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y, luego, se inscribió en nuestro plan. Los pagos que realizó en Medicare Original no cuentan. Tendrá que realizar 13 pagos a nuestro plan antes de convertirse en propietario del artículo.

### **Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para obtener sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**

---

Ejemplo 2: Realizó 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 estuvo en nuestro plan. A continuación, vuelve a Medicare Original. Tendrá que realizar 13 pagos consecutivos nuevos para convertirse en propietario del artículo una vez que vuelva a Medicare Original. Los pagos que ya haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuentan.

#### **Sección 7.2 Reglas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno**

Si reúne los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, Health Choice Pathway cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno.
- Entrega de oxígeno y contenido de oxígeno.
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno.
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno.

Si deja Health Choice Pathway o ya no necesita equipos de oxígeno por motivos médicos, deberá devolverlos.

#### **¿Qué sucede si deja nuestro plan y regresa a Medicare Original?**

Medicare Original exige que un proveedor de oxígeno le proporcione servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del costo compartido aplicable al oxígeno). Después de cinco años, puede optar por continuar con la misma compañía o cambiar a otra. En ese momento, el ciclo de cinco años comienza nuevamente, incluso si continúa con la misma compañía, y de nuevo deberá pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo deja, el ciclo de cinco años comienza nuevamente.

# CAPÍTULO 4:

## Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

### SECCIÓN 1      **Cómo entender los servicios cubiertos**

---

En la Tabla de beneficios médicos se enumeran sus servicios cubiertos y se indica cuánto paga por cada servicio cubierto como miembro de Health Choice Pathway. En esta sección también se proporciona información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y se explican los límites de determinados servicios.

#### **Sección 1.1      Usted no paga nada por sus servicios cubiertos**

Debido a que recibe ayuda de AHCCCS (Medicaid), no pagará nada por sus servicios cubiertos siempre que siga las reglas de nuestro plan para recibir atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las reglas de nuestro plan para recibir atención).

#### **Sección 1.2      ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?**

**Nota:** Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de AHCCCS (Medicaid), muy pocos miembros llegan a alcanzar este máximo de gastos de bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para alcanzar el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Si reúne los requisitos para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de AHCCCS (Medicaid), lo más probable es que no sea responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para alcanzar el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Los planes Medicare Advantage tienen límites sobre el monto que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos que cubre nuestro plan. Este límite se denomina monto máximo de bolsillo (MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2027, este monto es de \$9,850.**

Los montos que paga por los servicios cubiertos cuentan para este monto máximo de bolsillo. Los montos que paga por los medicamentos de la Parte D no cuentan para su monto máximo de bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para su

monto máximo de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco (\*) en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza el monto máximo de bolsillo de \$9,850, no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. No obstante, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que AHCCCS [Medicaid] u otro tercero paguen la prima de la Parte B).

## **SECCIÓN 2      En la Tabla de beneficios médicos se indican sus beneficios y costos médicos**

---

En la Tabla de beneficios médicos de las páginas siguientes se enumeran los servicios que cubre Health Choice Pathway (la cobertura de medicamentos de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5). Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos únicamente cuando se cumplen los siguientes requisitos:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben proporcionarse de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (incluidos la atención médica, los servicios, los suministros, el equipo y los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos miembros, su plan MA de atención coordinada debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan MA no podrá exigir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Recibe atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea atención de emergencia o de urgencia, o que nuestro plan la haya aprobado por adelantado. Si nuestro plan no cubre ni aprueba un servicio fuera de la red, usted debe pagar al proveedor el costo total de los servicios que reciba fuera de la red.
- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que le brinda y supervisa su atención.
- Algunos servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *únicamente* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (a veces denominada autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos con la indicación “Puede requerirse autorización previa”.

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

---

Otros puntos importantes que considerar sobre nuestra cobertura:

- Tiene cobertura tanto de Medicare como de AHCCCS (Medicaid). Medicare cubre la atención médica y los medicamentos con receta. AHCCCS (Medicaid) cubre su parte del costo compartido por los servicios de Medicare. AHCCCS (Medicaid) también cubre servicios que Medicare no cubre, como la atención a largo plazo, los servicios en el hogar y la comunidad y los servicios de interpretación para las visitas médicas.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare & You 2027* [Medicare y usted 2027]. Puede consultarlo en línea en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o solicitar una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.)
- En el caso de los servicios preventivos cubiertos sin costo por Medicare Original, también cubrimos esos servicios sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para algún servicio nuevo durante 2027, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.
- Si pierde su elegibilidad para AHCCCS (Medicaid), pero se prevé que pueda recuperarla en un plazo de seis meses, continuaremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no cubriremos los beneficios de Medicaid cubiertos por AHCCCS (Medicaid), ni pagaremos las primas ni los costos compartidos de Medicare que, de no haber perdido su elegibilidad para AHCCCS (Medicaid), le correspondería pagar al estado. Esto puede aumentar el monto que paga por los servicios cubiertos por Medicare durante este período. Para obtener más información sobre cómo un cambio en su elegibilidad para AHCCCS (Medicaid) puede afectar su cobertura y sus costos, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (TTY: **711**). También puede comunicarse con AHCCCS al **1-855-432-7587** o visitar el sitio web de AHCCCS en [azahcccs.gov](https://www.azahcccs.gov) para obtener más información sobre su elegibilidad para Medicaid.

No pagará nada por los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

*Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas: información importante sobre los beneficios para miembros con enfermedades crónicas*

- Si se le diagnostica alguna de las enfermedades crónicas que se indican a continuación y cumple con determinados criterios, es posible que reúna los requisitos para recibir beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

---

- Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD); trastornos cardiovasculares; insuficiencia cardíaca crónica; diabetes mellitus; sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico; enfermedad gastrointestinal crónica; trastornos pulmonares crónicos; afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes; afecciones crónicas de la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato; afecciones que requieren servicios de terapia continuos para que las personas mantengan o conserven su capacidad funcional.
- La elegibilidad se determinará después de que se inscriba en el plan. A fin de reunir los requisitos, debe estar bajo la atención de un proveedor tratante para que podamos revisar la información de las reclamaciones y verificar su elegibilidad para los beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) de Medicare. Una vez que se reciban y revisen las reclamaciones, se actualizarán según corresponda las cuentas de los miembros que reúnan los requisitos. Confirmaremos que tenga al menos una enfermedad crónica que reúna los requisitos y que cumpla con criterios adicionales, como tener un alto riesgo de hospitalización o de resultados graves para la salud y necesitar una coordinación intensiva de la atención (por ejemplo, ayuda para manejar varios proveedores o medicamentos).
- Para obtener más detalles, consulte la fila *Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas* en la Tabla de beneficios médicos que aparece a continuación.
- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios puede reunir los requisitos.



Esta manzana identifica los servicios preventivos en la Tabla de beneficios médicos.

**Tabla de beneficios médicos**

| <b>Servicio cubierto</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Qué debe pagar usted</b>                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>Detección de aneurisma aórtico abdominal</b><br>Un solo examen preventivo de ultrasonido para personas en riesgo. Nuestro plan cubre esta prueba de detección únicamente si tiene determinados factores de riesgo y si recibe una remisión de su médico, asistente médico (PA), enfermero practicante (NP) o especialista en enfermería clínica (CNS).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | No se aplica coseguro, copago ni deducible a los miembros elegibles para este examen de detección preventivo. |
| <b>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</b><br>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:<br>Se cubren hasta 12 visitas en un período de 90 días en las siguientes circunstancias:<br>A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor que dura 12 semanas o más.</li> <li>• Es inespecífico, es decir, no tiene una causa sistémica identificable (p. ej., no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.).</li> <li>• No está asociado con una cirugía.</li> <li>• No está asociado con el embarazo.</li> </ul> Se cubrirán ocho sesiones adicionales para los pacientes que demuestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. | No se aplica coseguro, copago ni deducible a los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare.              |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Qué debe pagar usted |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <p><b>Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación)</b></p> <p>El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o si empeora.</p> <p><b>Requisitos del proveedor:</b></p> <p>Los médicos pueden proporcionar acupuntura de conformidad con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (PA), enfermeros practicantes (NP) o especialistas en enfermería clínica (CNS), y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y cuentan con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• una maestría o un doctorado en acupuntura o medicina oriental de una institución educativa acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y</li><li>• una licencia vigente, plena, activa y sin restricciones para ejercer la acupuntura en un estado, territorio o Estado Libre Asociado (p. ej., Puerto Rico) de los Estados Unidos o en el Distrito de Columbia.</li></ul> <p>El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS, según lo exijan nuestras normas.</p> |                      |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Qué debe pagar usted                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Servicios de ambulancia</b></p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea en una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia aérea de ala fija, aérea de ala rotatoria y terrestre hasta el centro adecuado más cercano que pueda proporcionar atención, si se brindan a un miembro cuya afección médica sea tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud o si nuestro plan los autoriza. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debe documentarse que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p>                           | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p> <p>El costo compartido se aplica a los viajes de ida.</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa para el transporte que no sea de emergencia.</i></p> |
| <p> <b>Visita anual de bienestar</b></p> <p>Si tiene la Parte B desde hace más de 12 meses, puede obtener una visita anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de su salud actual y sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p><b>Nota:</b> Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>. Sin embargo, no es necesario que haya realizado una visita de <i>Bienvenida a Medicare</i> para que se cubran las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a la visita anual de bienestar.</p>                                                                                                                                                                                 |
| <p> <b>Medición de la masa ósea</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a las</p>                                                                                                                                                                                                           |

| <b>Servicio cubierto</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Qué debe pagar usted</b>                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Para las personas que reúnen los requisitos (por lo general, personas con riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), se cubren los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para determinar la masa ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>mediciones de masa ósea cubiertas por Medicare.</p>                                                            |
| <p> <b>Detección del cáncer de mama (mamografías)</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad.</li> <li>• Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más.</li> <li>• Un examen clínico de mamas cada 24 meses.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                    | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a las mamografías de detección cubiertas.</p>                       |
| <p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b></p> <p>Se cubren programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento para los miembros que cumplen con determinadas condiciones y cuentan con una orden médica.</p> <p>Nuestro plan cubre estos programas integrales si ha tenido al menos una de las siguientes afecciones o procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ataque cardíaco en los últimos 12 meses.</li> <li>• Cirugía de bypass de la arteria coronaria.</li> <li>• Angina de pecho estable (dolor en el pecho).</li> <li>• Reparación o reemplazo de una válvula cardíaca.</li> </ul> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los servicios rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Qué debe pagar usted                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angioplastia coronaria (procedimiento médico utilizado para abrir una arteria obstruida) o colocación de un <i>stent</i> coronario (procedimiento utilizado para mantener abierta una arteria).</li> <li>• Trasplante de corazón o de corazón y pulmón.</li> <li>• Insuficiencia cardíaca crónica estable.</li> </ul> <p>Límites de cobertura:</p> <p>Puede recibir hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede recibir dos sesiones por día (de una hora de duración cada una), y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si reúne los requisitos, es posible recibir 36 sesiones adicionales distribuidas durante un período más prolongado.</p> |                                                                                                                                                            |
| <p> <b>Visita para la reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares)</b></p> <p>Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, el médico puede analizar el uso de la aspirina (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté alimentándose correctamente.</p>                                                                                                                                                                                                       | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible al beneficio preventivo de enfermedad cardiovascular de terapia conductual intensiva.</p>                    |
| <p> <b>Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares</b></p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que están cubiertas una vez cada cinco años.</p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Qué debe pagar usted                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada cinco años (60 meses).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                              |
| <p> <b>Detección del cáncer de cuello uterino y de vagina</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses para todas las mujeres.</li> <li>• Una prueba de Papanicolaou cada 12 meses si tiene un alto riesgo de cáncer de cuello uterino o de vagina, o si está en edad fértil y ha tenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos tres años.</li> </ul> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a la prueba de Papanicolaou ni a los exámenes pélvicos de prevención cubiertos por Medicare.</p>               |
| <p><b>Servicios quiroprácticos</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación vertebral.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Qué debe pagar usted                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p data-bbox="201 336 763 388"> <b>Detección de cáncer colorrectal</b></p> <p data-bbox="201 409 1015 451">Están cubiertas las siguientes pruebas de detección:</p> <ul data-bbox="211 472 1031 1638" style="list-style-type: none"><li data-bbox="211 472 1031 882">• La colonoscopia no tiene un límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (diez años) para los pacientes que no tienen un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa.</li><li data-bbox="211 903 1031 1638">• La colonografía por tomografía computarizada está cubierta para los pacientes de 45 años o más que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal cuando hayan transcurrido al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección, o 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubre una colonografía por tomografía computarizada de detección cuando hayan transcurrido al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección.</li></ul> | <p data-bbox="1063 346 1404 861">No se aplica coseguro, copago ni deducible al examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.</p> |

| <b>Servicio cubierto</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Qué debe pagar usted</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <p><b>Detección de cáncer colorrectal (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen un alto riesgo después de haberse realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada.</li> <li>• Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 12 meses.</li> <li>• ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada tres años.</li> <li>• Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada tres años.</li> <li>• Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba no invasiva de detección del cáncer colorrectal basada en heces y cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.</li> </ul> |                             |
| <p><b>Detección de cáncer colorrectal (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección o una colonoscopia de detección programada que implique la extracción de tejido u otro material, u otro procedimiento que se realice en relación con la prueba de detección, como resultado de esta y durante la misma consulta clínica.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Qué debe pagar usted                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Servicios dentales</b></p> <p>En general, Medicare Original no cubre los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales). Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en determinadas circunstancias limitadas, específicamente cuando el servicio es una parte integral de un tratamiento específico para la afección médica principal de una persona. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para el tratamiento con radiación de un cáncer que afecta la mandíbula o los exámenes bucales antes de un trasplante de órganos.</p> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Qué debe pagar usted                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Servicios dentales de rutina (suplementarios)</b></p> <p>Además, cubrimos lo siguiente:</p> <p><b>Asignación máxima de beneficios combinados de \$2,000</b> por año calendario para servicios dentales de diagnóstico, preventivos e integrales.</p> <p>Los servicios dentales de diagnóstico y preventivos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un tratamiento con flúor al año.</li> <li>• Dos exámenes bucales al año, dos cada año.</li> <li>• Dos servicios de profilaxis (limpiezas) cada año, uno cada seis meses.</li> <li>• Dos radiografías dentales por año, que pueden consistir en lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ dos radiografías de aleta de mordida; o bien,</li> <li>○ una radiografía de aleta de mordida y una serie completa de radiografías, también conocida como serie de boca completa (FMX), o una radiografía panorámica. Solo se permite una serie completa de radiografías o una radiografía panorámica una vez cada 36 meses.</li> </ul> </li> </ul> <p>Los servicios dentales integrales incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de restauración: coronas y empastes utilizados para restaurar dientes con caries o dañados.</li> </ul> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los servicios dentales de diagnóstico, preventivos e integrales cubiertos.</p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Qué debe pagar usted |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <p><b>Servicios dentales de rutina (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios de endodoncia: tratamiento de conducto radicular y tratamiento de dientes con abscesos o gravemente dañados.</li><li>• Servicios de periodoncia: limpiezas profundas, tratamiento de infecciones de las encías y manejo de la gingivitis y la periodontitis.</li><li>• Cirugía oral y maxilofacial: extracciones dentales, tratamiento de infecciones de la mandíbula y extirpación de quistes.</li><li>• Prostodoncia: prótesis dentales fijas y removibles.<ul style="list-style-type: none"><li>○ Prostodoncia fija: restauraciones que permanecen en la boca y no se retiran, como los puentes (permitidos para reemplazar un diente faltante).</li><li>○ Prostodoncia removable: dentaduras postizas completas y parciales.<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Las dentaduras postizas se cubren una vez cada cinco años. Las dentaduras postizas completas y parciales comparten este mismo límite de cinco años.</li></ul></li></ul></li><li>• Servicios generales complementarios: protectores oclusales y sedación cuando sean médicamente necesarios.</li></ul> <p><b>No están cubiertos los siguientes servicios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Determinados procedimientos de prostodoncia, incluida la restauración cosmética dental y facial.</li><li>• Blanqueamiento dental.</li><li>• Implantes dentales.</li></ul> |                      |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Qué debe pagar usted                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimientos de la articulación temporomandibular (TMJ).</li> <li>• Dispositivos para la apnea del sueño.</li> <li>• Servicios de ortodoncia.</li> </ul> <p>Antes de recibir servicios dentales de rutina, se recomienda que consulte con un dentista de la red del plan para revisar sus opciones de tratamiento. Para que esté cubierto, el tratamiento debe iniciarse y completarse dentro del mismo año del plan.</p> <p>Usted es responsable de cualquier costo relacionado con servicios dentales que no estén cubiertos por el plan.</p> <p>Los servicios dentales suplementarios solo reúnen los requisitos para la cobertura cuando se reciben de un proveedor de la red.</p> <p>Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, presentar una reclamación, consultar una lista de servicios cubiertos u obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web en <a href="https://azblue.com/hcpathway">azblue.com/hcpathway</a>.</p> |                                                                                                      |
|  <b>Examen de detección de depresión</b><br>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. El examen de detección debe hacerse en un entorno de atención médica primaria que provea tratamientos de seguimiento o remisiones.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | No se aplica coseguro, copago ni deducible a una consulta anual de examen de detección de depresión. |
|  <b>Detección de la diabetes</b><br>Cubrimos esta prueba de detección (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | No se aplica coseguro, copago ni deducible a las pruebas de detección de                             |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Qué debe pagar usted                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <p>siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar (glucosa) en la sangre. Las pruebas también pueden cubrirse si usted reúne otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Puede reunir los requisitos para recibir hasta dos pruebas de detección de la diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de su prueba de detección de la diabetes más reciente.</p> | <p>la diabetes cubiertas por Medicare.</p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Qué debe pagar usted                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p> <b>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</b></p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (usen o no insulina), los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros para controlar la glucosa en la sangre: monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas para medir la glucosa en la sangre, dispositivos de lanceta y lancetas, y soluciones para el control de la glucosa a fin de comprobar la precisión de las tiras reactivas y los monitores.</li> <li>• Para las personas con diabetes que tienen una enfermedad grave del pie diabético, un par por año calendario de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluidas las plantillas proporcionadas con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos de profundidad adicional y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas removibles no personalizadas proporcionadas con dichos zapatos), incluido el ajuste.</li> <li>• Capacitación para el autocontrol de la diabetes en determinadas circunstancias.</li> </ul> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los servicios y suministros para la diabetes cubiertos por Medicare.</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los zapatos terapéuticos o las plantillas para personas con diabetes cubiertos por Medicare.</p> <p>Medicaid (AHCCCS) generalmente cubre sus costos compartidos de Medicare. Sin embargo, es posible que deba pagar hasta el 20 % del monto aprobado por Medicare correspondiente a cualquier artículo o servicio que no tenga cobertura de AHCCCS.</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a la capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa para las bombas de insulina.</i></p> |
| <p><b>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>Su costo compartido por la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es un copago de \$0 por mes.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Qué debe pagar usted                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>(Para consultar la definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital indicadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no dispone de una marca o un fabricante en particular, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted.</p> <p>Por lo general, Health Choice Pathway cubre cualquier DME cubierto por Medicare Original de las marcas y los fabricantes incluidos en esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos indique que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Si es nuevo en Health Choice Pathway y utiliza una marca de DME que no figura en nuestra lista, continuaremos cubriendo esa marca durante un máximo de 90 días. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada después de que finalice este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo remita para obtener una segunda opinión).</p> | <p>Su costo compartido no cambiará después de haber estado inscrito durante 36 meses.</p> <p>Si realizó 36 meses de pagos de alquiler por la cobertura de equipos de oxígeno antes de inscribirse en Health Choice Pathway, su costo compartido es un copago de \$0.</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Qué debe pagar usted                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)</b></p> <p>Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuado para su afección médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p><b>Atención médica de emergencia</b></p> <p>La atención médica de emergencia se refiere a los servicios que cumplen con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Son proporcionados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia.</li> <li>• Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.</li> </ul> <p>Una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente sin capacitación médica que tenga un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida del bebé por nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden deberse a una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.</p> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a las visitas a urgencias cubiertas por Medicare.</p> <p>Si ingresa en el hospital en un plazo de tres días por la misma enfermedad, pagará \$0 por la visita a urgencias.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que se estabilice su afección de emergencia, debe trasladarse a un hospital de la red para que su atención continúe estando cubierta, o nuestro plan debe autorizar la atención para pacientes hospitalizados en el hospital fuera de la red. Su costo será el costo</p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Qué debe pagar usted                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Atención médica de emergencia (continuación)</b></p> <p>El costo compartido por los servicios de emergencia necesarios que reciba fuera de la red es el mismo que si recibiera estos servicios dentro de la red.</p> <p>Nuestro plan no cubre los servicios de emergencia, los servicios de urgencia ni ningún otro servicio de atención fuera de Estados Unidos y sus territorios.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.</p>                           |
| <p> <b>Programas de educación sobre salud y bienestar</b></p> <p><b>Programa de acondicionamiento físico (suplementario)*</b></p> <p><b>Membresía de SilverSneakers®</b></p> <p>SilverSneakers® puede ayudarle a tener una vida más saludable y activa mediante el acondicionamiento físico y las relaciones sociales. Usted tiene cobertura para un beneficio de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers en los centros participantes,<sup>1</sup> donde puede asistir a clases<sup>2</sup> y utilizar equipos de ejercicio y otros servicios, sin costo adicional para usted. Inscríbase en todos los lugares que quiera, cuando quiera. Usted también tiene acceso a instructores que dictan clases grupales de ejercicio especialmente planeadas de forma virtual, los siete días de la semana con SilverSneakers LIVE. Además, la comunidad SilverSneakers le ofrece opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales, en centros de recreación, parques y otros lugares del vecindario.</p> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible al programa de acondicionamiento físico.</p> |

### **Programas de educación sobre salud y bienestar (continuación)**

SilverSneakers también lo conecta con una red de apoyo y recursos en línea mediante los videos de SilverSneakers On-Demand y la aplicación móvil SilverSneakers GO. Active su cuenta gratuita en línea en SilverSneakers.com para consultar su número de identificación de miembro de SilverSneakers y explorar todo lo que SilverSneakers tiene para ofrecer. Si tiene otras preguntas, 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.

### **Siempre consulte con su médico antes de empezar un programa de ejercicio.**

1. Los lugares participantes (“PL”) no pertenecen a Tivity Health, Inc. ni a sus filiales. El uso de los servicios y las instalaciones de los PL está limitado por los términos y condiciones de la membresía básica del PL en cuestión. Las instalaciones y los servicios varían por PL. No se garantiza la inclusión de PL específicos y la participación de PL puede variar según el plan de salud.
2. La membresía incluye clases grupales de actividad física dirigidas por instructores de SilverSneakers. Algunos lugares les ofrecen clases adicionales a los miembros. Las clases varían según la ubicación.

**Programas de educación sobre salud y bienestar (continuación)**

SilverSneakers es una marca comercial de Tivity Health, Inc. © 2026 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

No se aplica coseguro, copago ni deducible a la línea de atención de enfermería.

**Línea de atención de enfermería**

Llame al **1-888-267-9037** para **tener acceso las 24 horas del día, los siete días de la semana, a un enfermero registrado** que brinda apoyo clínico inmediato, orientación sobre salud y bienestar, evaluación de síntomas y ayuda para determinar el nivel de atención adecuado.

No se aplica coseguro, copago ni deducible al Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS).

**Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS) (suplementario)\***

Cobertura para un dispositivo personal de respuesta a emergencias El Sistema personal de respuesta ante emergencias (Personal Emergency Response System, PERS), también conocido como “sistema de alertas médicas”, brinda un monitoreo continuo, tanto móvil como en el domicilio, a personas de edad avanzada y en riesgo.

El PERS permite a los miembros solicitar asistencia las 24 horas, los siete días de la semana, tanto dentro como fuera del hogar.

- Los miembros se comunican de inmediato con operadores profesionalmente capacitados que evalúan con rapidez la naturaleza de la llamada y coordinan la asistencia adecuada.
- Un miembro que tiene una emergencia médica pulsa un botón para hablar con un operador, el

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Qué debe pagar usted                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>cual inmediatamente coordina el envío de ayuda de emergencia.</p> <p>Para solicitar un dispositivo PERS o si tiene otras preguntas, llame al <b>1-800-979-9238</b>, TTY: <b>711</b>, de 8 a. m. a 5 p. m. de lunes a viernes, o visite <b><u><a href="http://bcbsaz.connectamerica.com">bcbsaz.connectamerica.com</a></u></b>.</p>                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                  |
| <p><b>Servicios de audición</b></p> <p>Las evaluaciones de diagnóstico de la audición y el equilibrio que realiza su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención para pacientes ambulatorios cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p><b>Servicios auditivos de rutina (suplementarios)</b></p> <p><b>Examen de audición:</b></p> <p>Un examen de audición de rutina por año.</p> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los servicios de audición cubiertos por Medicare.</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los exámenes de audición de rutina ni a los audífonos.</p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Qué debe pagar usted |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <p><b>Servicios auditivos de rutina (continuación)</b></p> <p><b>Audífonos:</b></p> <p>Hasta dos audífonos cada tres años (uno por oído, cada tres años). El beneficio se limita a los audífonos Advanced de la marca TruHearing, que se ofrecen en diversos estilos y colores, incluidas opciones recargables. Debe consultar a un proveedor de TruHearing para utilizar este beneficio. Llame al <b>1-833-723-1154</b> para programar una cita (para TTY, marque <b>711</b>).</p> <p>La compra de audífonos incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Visitas de seguimiento con el proveedor durante el primer año</li><li>• Período de prueba de 60 días</li><li>• Garantía completa del fabricante por tres años</li><li>• 80 pilas por audífono para los modelos no recargables</li></ul> <p>El beneficio no incluye ni cubre ninguno de los siguientes: audífonos de venta libre (Over-The-Counter, OTC), moldes auriculares, accesorios para audífonos, visitas adicionales al proveedor, pilas adicionales, pilas cuando se compra un audífono recargable, audífonos que no sean audífonos Advanced de la marca TruHearing y costos relacionados con reclamaciones de garantía por pérdida y daños.</p> <p>Los costos relacionados con los artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan.</p> |                      |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Qué debe pagar usted                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Ayuda con determinadas afecciones crónicas</b></p> <p>Los miembros que tienen determinadas afecciones crónicas y cumplen con los requisitos de elegibilidad del plan pueden reunir los requisitos para recibir beneficios adicionales a través del <b>Programa de Beneficios Suplementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI)</b>.</p> <p>La elegibilidad se determinará después de que se inscriba en el plan. A fin de reunir los requisitos, debe estar bajo la atención de un proveedor tratante para que podamos revisar la información de las reclamaciones y verificar su elegibilidad para los beneficios SSBCI de Medicare. Una vez que se reciban y revisen las reclamaciones, se actualizarán según corresponda las cuentas de los miembros que reúnan los requisitos. Confirmaremos que tenga al menos una enfermedad crónica que reúna los requisitos y que cumpla con criterios adicionales, como tener un alto riesgo de hospitalización o de resultados graves para la salud y necesitar una coordinación intensiva de la atención (por ejemplo, ayuda para manejar varios proveedores o medicamentos).</p> <p>La elegibilidad se determina después de la inscripción, según los criterios del plan y la verificación de una o más de las siguientes afecciones crónicas que reúnen los requisitos:</p> <p>Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD); trastornos cardiovasculares; insuficiencia cardíaca crónica; diabetes mellitus;</p> | <p>Consulte Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas en esta tabla para obtener detalles sobre los beneficios.</p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Qué debe pagar usted                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico; enfermedad gastrointestinal crónica; trastornos pulmonares crónicos; afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes; afecciones crónicas de la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato; afecciones que requieren servicios de terapia continuos para que las personas mantengan o conserven su capacidad funcional.</p>                                                                                                                      |                                                                                                                                                                  |
| <p> <b>Detección del VIH</b></p> <p>Para las personas que soliciten una prueba de detección del VIH o que tengan un mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Un examen de detección cada 12 meses.</li></ul> <p>Si está embarazada, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.</li></ul> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los miembros que reúnen los requisitos para la prueba preventiva de detección del VIH cubierta por Medicare.</p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Qué debe pagar usted                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Agencias de atención médica a domicilio</b></p> <p>Antes de recibir servicios de atención médica domiciliaria, un médico debe certificar que usted necesita dichos servicios y deberá ordenar tales servicios a una agencia de atención médica a domicilio. Debe estar confinado en casa, lo cual significa que salir de su casa representa un esfuerzo mayor.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de atención médica a domicilio a tiempo parcial o de manera intermitente (para que estén cubiertos por el beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de atención médica a domicilio, en conjunto, deben sumar menos de ocho horas por día y 35 horas por semana).</li><li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</li><li>• Servicios médicos y sociales</li><li>• Equipos y suministros médicos.</li></ul> | <p>No se aplica coseguro ni copago a los miembros que reúnen los requisitos para la atención de una agencia de atención médica a domicilio cubierta por Medicare.</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Qué debe pagar usted                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Terapia de infusión a domicilio</b></p> <p>La terapia de infusión a domicilio implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para administrar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con nuestro plan de atención.</li><li>• Capacitación y educación para pacientes que no estén cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero</li><li>• Control de manera remota</li><li>• Servicios de control para la provisión de terapia de infusión a domicilio y medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión a domicilio.</li></ul> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los servicios de terapia de infusión a domicilio cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Qué debe pagar usted |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <p><b>Cuidados paliativos</b></p> <p>Usted reúne los requisitos para recibir el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico de cuidados paliativos hayan determinado el pronóstico de una enfermedad terminal con una expectativa de vida de seis meses o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan tiene la obligación de ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los programas que sean de nuestra propiedad, estén bajo nuestro control o en los que tengamos un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Medicamentos para el control de síntomas y el alivio de dolor.</li><li>• Servicios de cuidados paliativos a corto plazo.</li><li>• Cuidado a domicilio.</li></ul> <p>Cuando ingresa en un programa de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si permanece en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan.</p> |                      |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Qué debe pagar usted                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Cuidados paliativos (continuación)</b></p> <p><b>Para los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que estén relacionados con su pronóstico terminal:</b> Medicare Original (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de cuidados paliativos por los servicios de cuidados paliativos y por cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Medicare Original por los servicios que paga Medicare Original. Se le cobrarán los costos compartidos de Medicare Original.</p> <p><b>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no estén relacionados con su pronóstico terminal:</b> Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia, que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios dependerá de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y cumple con las reglas del plan (por ejemplo, si se requiere autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y cumple con las reglas del plan para recibirlos, paga únicamente el monto de costo compartido de nuestro plan correspondiente a los servicios dentro de la red.</li> </ul> | <p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Medicare Original, y no Health Choice Pathway, paga sus servicios de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal.</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los servicios de consulta de cuidados paliativos cubiertos por Medicare.</p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Qué debe pagar usted |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <p><b>Cuidados paliativos (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido de Medicare Original.</li></ul> <p><b>Para los servicios cubiertos por Health Choice Pathway, pero no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</b> Health Choice Pathway continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, independientemente de que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga el monto de costo compartido de nuestro plan por estos servicios.</p> <p><b>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan:</b> Si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal por la que recibe cuidados paliativos, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su afección terminal por la que recibe cuidados paliativos, paga el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo momento. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4.</p> <p><b>Nota:</b> Si necesita atención que no sea de cuidados paliativos (atención que no esté relacionada con su pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.</p> |                      |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Qué debe pagar usted                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Cuidados paliativos (continuación)</b></p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta sobre cuidados paliativos para una persona con una enfermedad terminal que no haya optado por el beneficio de cuidados paliativos.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                              |
| <p> <b>Vacunas</b></p> <p>Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacuna contra la neumonía</li> <li>• Vacunas contra la gripe/influenza, una vez por temporada de gripe/influenza en el otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe/influenza si es médicamente necesario.</li> <li>• Vacunas contra la hepatitis B si nunca recibió una serie completa, no conoce sus antecedentes de vacunación o tiene alguna otra afección que lo pone en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B.</li> <li>• Vacuna contra el COVID-19</li> <li>• Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare.</li> </ul> <p>También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos mediante nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Para obtener más información, consulte el Capítulo 6, Sección 8.</p> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a las vacunas contra la neumonía, gripe/influenza, hepatitis B y COVID-19.</p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Qué debe pagar usted                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b></p> <p>Incluye servicios hospitalarios de cuidados intensivos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que ingresa formalmente al hospital por orden de un médico. El día anterior al alta es su último día como paciente hospitalizado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria).</li> <li>• Comidas, incluidas las dietas especiales.</li> <li>• Servicios de enfermería de rutina.</li> <li>• Costos de unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o coronarios).</li> <li>• Fármacos y medicamentos.</li> <li>• Pruebas de laboratorio.</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología.</li> <li>• Suministros quirúrgicos y médicos necesarios.</li> <li>• Uso de aparatos, como sillas de ruedas.</li> <li>• Costos de quirófano y habitación de recuperación.</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</li> <li>• Servicios para pacientes internados por abuso de sustancias</li> </ul> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a estos servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico cubiertos por Medicare.</p> <p>Nuestro plan cubre los días <b>1 a 90</b> de una hospitalización por período de beneficios.</p> <p>Nuestro plan también cubre <b>60</b> días de reserva de por vida, que pueden utilizarse después del día 90 si se necesita atención adicional como paciente hospitalizado.</p> <p>Una vez que haya utilizado todos los días de reserva de por vida, deberá pagar el costo total de la atención.</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>Si recibe atención autorizada como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red después de que se haya estabilizado su afección de emergencia, el costo que paga es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.</p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Qué debe pagar usted |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <p><b>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• En determinadas circunstancias, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestino/multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos la revisión de su caso por parte de un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que determinará si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o externos al área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, usted puede elegir ir a una ubicación local siempre que los proveedores de trasplantes locales acepten la tarifa de Medicare Original. Si Health Choice Pathway proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera del área donde habitualmente se brinda este tipo de atención en su comunidad y usted opta por recibir el trasplante en ese lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante.</li><li>• Sangre: incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite.</li><li>• Servicios del médico</li></ul> |                      |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Qué debe pagar usted                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</b></p> <p><b>Nota:</b> Para que se lo considere paciente hospitalizado, su proveedor debe emitir una orden para ingresarlo formalmente al hospital como paciente hospitalizado. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si se lo considera paciente hospitalizado o paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>, disponible en <a href="https://www.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a>, o llamando al <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b>. Los usuarios de TTY deben llamar al <b>1-877-486-2048</b>.</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p><b>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a estos servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico cubiertos por Medicare.</p> <p>Nuestro plan cubre los días <b>1 a 90</b> de una hospitalización por período de beneficios.</p> <p>Nuestro plan también cubre <b>60</b> días de reserva de por vida, que pueden utilizarse después del día 90 si se necesita atención</p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Qué debe pagar usted                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>adicional como paciente hospitalizado.</p> <p>Una vez que haya utilizado todos los días de reserva de por vida, deberá pagar el costo total de la atención.</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <p><b>Hospitalización: servicios cubiertos que recibe en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta</b></p> <p>Si ha agotado sus beneficios para pacientes hospitalizados o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. En algunos casos, cubriremos determinados servicios que reciba mientras se encuentre en el hospital o en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios del médico</li> <li>• Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio)</li> <li>• Radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios de técnicos</li> <li>• Apósitos quirúrgicos</li> <li>• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones</li> </ul> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a estos servicios cubiertos por Medicare que se reciban durante una hospitalización o una estadía en un centro de enfermería especializada (SNF) que no esté cubierta.</p> <p>Para obtener información sobre las reglas de cobertura y los requisitos de autorización previa, consulte las secciones correspondientes de los beneficios de servicios de médicos, pruebas de diagnóstico, dispositivos protésicos y servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa para determinados servicios.</i></p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Qué debe pagar usted                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Hospitalización: servicios cubiertos que recibe en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispositivos protésicos y ortóticos (no dentales) que se utilizan para reemplazar un órgano interno del cuerpo (incluidos tejidos adyacentes) o parte de este, o la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o con una función defectuosa o parte de esta; incluidos el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos</li> <li>• Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o cambios en la condición física del paciente</li> <li>• Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional</li> </ul> | <p>Excepto en una emergencia, su proveedor debe notificar al plan antes de que ingrese en un hospital o SNF.</p>                   |
| <p><b>Beneficio de comidas (suplementario)*</b></p> <p>Este beneficio ofrece hasta un total de <b>56</b> comidas por año a los miembros que hayan recibido el alta de un centro para pacientes hospitalizados cubierto o que tengan una afección de salud crónica que reúna los requisitos. Este servicio le brinda apoyo mediante comidas nutritivas adaptadas a sus necesidades alimentarias específicas.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los beneficios de comidas.</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Qué debe pagar usted |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <p><b>Beneficio de comidas (continuación)</b></p> <p>Si cumple los requisitos, puede elegir opciones de comidas basadas en las necesidades dietéticas o indicadas en sus instrucciones de alta, como bienestar general, cardiosaludable, apta para diabéticos, sin gluten, apta para pacientes renales, purés y vegetariana.</p> <p>Comidas posteriores a la atención de casos agudos: <b>28</b> comidas por ingreso</p> <p>Miembros recientemente dados de alta de un centro hospitalario (hospital, centro de enfermería especializada o rehabilitación para pacientes internados).</p> <p>Comidas para afecciones crónicas: <b>28</b> comidas por ingreso</p> <p>Los afiliados con una enfermedad crónica elegible que estén bajo gestión de cuidados pueden optar a recibir comidas saludables como parte de un programa supervisado para ayudar durante una modificación del estilo de vida saludable.</p> <p>Las afecciones crónicas elegibles incluyen las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)</li><li>• Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)</li><li>• Diabetes (DM)</li></ul> |                      |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Qué debe pagar usted                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Beneficio de comidas (continuación)</b><br><br>Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros al <b>1-800-656-8991</b> (los usuarios de TTY deben llamar al <b>711</b> ).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                               |
|  <b>Terapia de nutrición médica</b><br><br>Este beneficio es para personas diabéticas, con enfermedades renales (del riñón, pero que no realizan diálisis), o después de un trasplante renal cuando lo indique su médico.<br><br>Cubrimos tres horas de asesoramiento individual durante el primer año en que recibe servicios de terapia de nutrición médica a través de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Medicare Original) y dos horas cada año a partir de entonces. Si cambia su afección, tratamiento o diagnóstico, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con una orden de un médico. Un médico debe indicar estos servicios y renovar la orden cada año si necesita el tratamiento durante el siguiente año calendario. | No se aplica coseguro, copago ni deducible a los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare. |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Qué debe pagar usted                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p> <b>Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</b></p> <p><b>Los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) están cubiertos para las personas que reúnen los requisitos en todos los planes de salud de Medicare.</b></p> <p>El MDPP es una intervención estructurada para modificar los hábitos relacionados con la salud que ofrece capacitación práctica sobre cambios alimentarios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar obstáculos a fin de mantener un peso y un estilo de vida saludables.</p>                      | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible al beneficio del MDPP.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p><b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b></p> <p><b>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos que, por lo general, no se autoadministra el paciente y que se administran mediante inyección o infusión mientras recibe servicios de un médico, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios en un centro quirúrgico ambulatorio.</li> <li>• Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria)</li> </ul> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los medicamentos con receta de la Parte B cubiertos por Medicare que reciba en el consultorio de un médico o en una farmacia.</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> <p>Los medicamentos cubiertos por el beneficio de la Parte B pueden estar sujetos a la terapia escalonada. La terapia escalonada para los medicamentos de la Parte B puede requerir que pruebe un</p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Qué debe pagar usted                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Otros medicamentos que se administran mediante equipos médicos duraderos (como nebulizadores) y que hayan sido autorizados por nuestro plan.</li><li>• Legembi® (nombre genérico: lecanemab), un medicamento para la enfermedad de Alzheimer, se administra por vía intravenosa. Además de los costos de medicación, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos totales. Hable con su médico sobre las exploraciones y pruebas que puede necesitar como parte de su tratamiento</li><li>• Factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección, si tiene hemofilia.</li><li>• Medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre.</li></ul> | <p>medicamento de la Parte B o de la Parte D.</p> <p>Por la insulina que cubre la Parte B de Medicare (como la insulina utilizada con una bomba de insulina), paga un copago de \$0 siempre que mantenga la elegibilidad completa para AHCCCS (Medicaid). Si deja de cumplir con los requisitos de AHCCCS (Medicaid), es posible que deba pagar los costos compartidos correspondientes a la Parte B de Medicare. Sin embargo, el costo compartido por la insulina cubierta por la Parte B no superará los \$35 por el suministro para un mes.</p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Qué debe pagar usted |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <p><b>Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea relacionada con la osteoporosis posmenopáusica según la certificación del médico y no puede administrarse el medicamento usted mismo.</li><li>• Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente capacitada (que puede ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada.</li><li>• Determinados medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco del medicamento inyectable (una forma oral de un medicamento que, al ingerirse, se descompone y produce el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que se disponga de nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hace</li></ul> |                      |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Qué debe pagar usted |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <p><b>Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que se utilicen como parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes de la quimioterapia, durante esta o dentro de las 48 horas posteriores, o si se utilizan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas.</li><li>• Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare.</li><li>• Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato incluidos en el sistema de pago de la ESRD, entre ellos el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®.</li><li>• Determinados medicamentos para diálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario y los anestésicos tópicos.</li><li>• Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene ESRD o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con determinadas otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta).</li></ul> |                      |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Qué debe pagar usted |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <p><b>Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades de inmunodeficiencia primaria.</li><li>• Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda)</li></ul> <p>Este enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: <a href="https://azblue.com/health-choice-pathway/members/prescription-drug-information"><u>azblue.com/health-choice-pathway/members/prescription-drug-information</u></a>.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas mediante la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos mediante nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D.</p> <p>En el Capítulo 5 se explica nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que sus medicamentos con receta estén cubiertos. En el Capítulo 6 se explica qué debe pagar usted por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan.</p> |                      |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Qué debe pagar usted                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p> <b>Detección de la obesidad y terapia para promover una pérdida de peso sostenida</b></p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos servicios de asesoramiento intensivo para ayudarlo a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si se le proporciona en un entorno de atención médica primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Consulte con su médico de atención primaria o proveedor médico para obtener más información.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a la detección preventiva de la obesidad ni por la terapia.</p>                     |
| <p><b>Servicios del programa de tratamiento con opioides</b></p> <p>Los miembros de nuestro plan que tienen un trastorno por consumo de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden obtener cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos agonistas y antagonistas de los opiáceos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de EE. UU. para el tratamiento asistido con medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT)</li> <li>• Suministro y administración de medicamentos de MAT (si procede)</li> <li>• Asesoramiento sobre el uso de sustancias</li> <li>• Terapia individual y grupal</li> <li>• Prueba toxicológica</li> </ul> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los servicios del programa de tratamiento de opiáceos cubiertos por Medicare.</p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Qué debe pagar usted                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Servicios del programa de tratamiento con opioides (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades de admisión</li> <li>• Evaluaciones periódicas</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p><b>Pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos ambulatorios y suministros</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías.</li> <li>• Radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y servicios de técnicos.</li> <li>• Suministros quirúrgicos, tales como apósitos.</li> <li>• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones.</li> <li>• Pruebas de laboratorio.</li> <li>• Sangre: incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura del plan incluye sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos desde la primera pinta de sangre que necesite.</li> <li>• Pruebas de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas (CT), imágenes por resonancia magnética (MRI), electrocardiogramas (EKG) y tomografías por emisión de positrones (PET), cuando su médico u otro proveedor de atención médica las indique para tratar un problema médico.</li> <li>• Otras pruebas diagnósticas ambulatorias.</li> </ul> | <p>No se aplica coseguro ni copago a los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a las pruebas diagnósticas no de laboratorio y las radiografías cubiertas.</p> <p><i>No se requiere autorización previa para los servicios de radiografías.</i></p> <p><i>Determinadas pruebas genéticas de laboratorio, MRI, CT, PET, ecografías y estudios de diagnóstico por imágenes cardíacas pueden requerir autorización previa.</i></p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Qué debe pagar usted                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se proporcionan para determinar si deben admitirse como pacientes internos o si pueden recibir el alta.</p> <p>A fin de que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos únicamente cuando se proporcionan por orden de un médico u otra persona autorizada por las leyes estatales de otorgamiento de licencias y los reglamentos del personal del hospital para ingresar pacientes al hospital o indicar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p><b>Nota:</b> A menos que el proveedor haya emitido una orden para ingresarlo al hospital como paciente hospitalizado, se lo considera paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido correspondientes a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si se lo considera paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los servicios de observación hospitalaria ambulatoria cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Qué debe pagar usted                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios (continuación)</b></p> <p>Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>, disponible en <a href="https://www.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a>, o llamando al <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b>. Los usuarios de TTY deben llamar al <b>1-877-486-2048</b>.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                              |
| <p><b>Servicios de atención ambulatoria en hospital</b></p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como por ejemplo servicios de observación o cirugía ambulatoria.</li> <li>• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital.</li> <li>• Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, de no recibirla, sería necesario el tratamiento como paciente hospitalizado.</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital.</li> <li>• Suministros médicos, como férulas y yesos.</li> </ul> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los servicios de hospitalización ambulatoria cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Qué debe pagar usted                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Servicios de atención ambulatoria en hospital (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinados medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> A menos que el proveedor haya emitido una orden para ingresarlo al hospital como paciente hospitalizado, se lo considera paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido correspondientes a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si se lo considera paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p> |                                                                                                                                          |
| <p><b>Atención de salud mental ambulatoria</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <p>Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico (CSW), especialista en enfermería clínica (CNS), consejero profesional con licencia (LPC), terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), enfermero practicante (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental que reúna los requisitos de Medicare, según lo permitan las leyes estatales aplicables.</p>                                                                                                                          | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los servicios de hospitalización ambulatoria o sesión grupal cubiertos por Medicare.</p> |

| <b>Servicio cubierto</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Qué debe pagar usted</b>                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Servicios de rehabilitación ambulatorios</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio se proveen en diversos entornos ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y los centros de rehabilitación integral ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).</p>                                                                                                                                   | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a una sesión individual o grupal cubierta por Medicare.</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p>                                                              |
| <p><b>Servicios para trastornos por consumo de sustancias en pacientes ambulatorios</b></p> <p>Health Choice Pathway cubre los servicios médicamente necesarios y adecuados para pacientes ambulatorios en caso de trastornos por consumo de sustancias cuando se proporcionan en el consultorio de un médico o en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios. En estos entornos, los proveedores evalúan e identifican a las personas que tienen afecciones relacionadas con el consumo de sustancias o que están en riesgo de tenerlas, y proporcionan intervenciones breves, tratamiento y servicios de atención relacionados.</p> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los servicios para pacientes ambulatorios relativos a los trastornos por consumo de sustancias cubiertos por Medicare, incluidas las sesiones individuales o grupales.</p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Qué debe pagar usted                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Cirugías ambulatorias, incluidos los servicios provistos en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</b></p> <p><b>Nota:</b> Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si se lo considerará paciente hospitalizado o paciente ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden para ingresarlo al hospital como paciente hospitalizado, se lo considera paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido correspondientes a la cirugía para pacientes ambulatorios. Aunque pase la noche en el hospital, es posible que se lo siga considerando un paciente ambulatorio. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio.</p> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a la cirugía ambulatoria cubierta por Medicare.</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> |
| <p><b>Medicamentos de venta libre (OTC) (suplementario)*</b></p> <p>Una asignación de <b>\$50</b> cada tres meses para productos de venta libre (OTC). Con este beneficio, el subsidio se cargará a su Tarjeta Flex cada tres meses para pagar los artículos OTC cubiertos.</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen productos OTC de marca y genéricos, como vitaminas, analgésicos, pasta dental, pastillas para la tos y más.</p> <p>El monto que no se utilice no se acumulará para el trimestre siguiente. El monto restante al final del año tampoco se transfiere al año del plan siguiente.</p>                                                                                                                                                                                      | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los servicios de venta libre (OTC).</p>                                                               |

| <b>Servicio cubierto</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Qué debe pagar usted</b>                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Medicamentos de venta libre (OTC) (continuación)</b></p> <p>Para hacer un pedido, consultar el saldo de su tarjeta, ver los artículos OTC que reúnen los requisitos o encontrar establecimientos participantes, visite el Portal de Miembros en <b>azblue.com/hcportal</b>, navegue hasta Beneficios Flexibles y Recompensas Saludables, o llame al <b>1-800-998-3181</b>, TTY: <b>711</b>, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora local de Arizona.</p> <p>Los productos OTC cubiertos por este beneficio se limitan a aquellos permitidos conforme a las pautas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare &amp; Medicaid Services, CMS).</p> <p>Si no ha recibido su tarjeta prepagada Visa® de Health Choice Pathway, llame al <b>1-800-998-3181</b>, TTY: <b>711</b>, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora local de Arizona. Para obtener ayuda los sábados y domingos, llame a Servicios para Miembros al <b>1-800-656-8991</b>, TTY: <b>711</b>, de 8 a. m. a 8 p. m.</p> |                                                                                                                                                                          |
| <p><b>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios</b></p> <p>La <i>hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se proporciona como servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro comunitario de salud mental. Es más intensivo que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, y constituye una alternativa a la hospitalización como paciente internado.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Qué debe pagar usted                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios (continuación)</b></p> <p>El <i>servicio intensivo para pacientes ambulatorios</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de salud conductual (mental) que se proporciona en un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud con cualificación federal o una clínica de salud rural. Es más intensivo que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, pero menos intensivo que la hospitalización parcial.</p> <p><b>Nota:</b> Debido a que no hay centros comunitarios de salud mental en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial únicamente como servicio hospitalario para pacientes ambulatorios.</p> |                                                                                                                                                                               |
| <p><b>Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios que reciba en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otro lugar.</li> <li>• Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los servicios de un médico/profesional médico cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Qué debe pagar usted |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <p><b>Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP o especialista, si su médico los indica para determinar si necesita tratamiento médico.</li><li>• Determinados servicios de telesalud, incluidos los servicios de un médico de atención primaria, los servicios de médicos especialistas y los servicios de urgencia.<ul style="list-style-type: none"><li>○ Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una consulta en persona o mediante telesalud. Si opta por recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante telesalud.</li><li>○ Determinados servicios de telesalud están disponibles mediante videoconferencias seguras utilizando un teléfono inteligente, una tableta o una computadora con funciones de audio y video. Los miembros deben utilizar proveedores participantes de la red que ofrezcan servicios de telesalud. Comuníquese con el consultorio de su proveedor para programar una cita y obtener instrucciones de acceso.</li></ul></li></ul> |                      |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Qué debe pagar usted |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <p><b>Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Los miembros también pueden acceder a servicios de telesalud sin costo para recibir atención por determinadas afecciones médicas que no sean de emergencia. Las visitas de telesalud están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana, con un proveedor con licencia, y se puede acceder a ellas mediante un teléfono, una tableta o una computadora a través del portal para miembros en <b><u><a href="https://azblue.com/hcportal">azblue.com/hcportal</a></u></b>. No todas las afecciones médicas pueden tratarse mediante telesalud.<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Durante su visita de telesalud, el proveedor evaluará su afección y le informará si es necesario recibir atención de seguimiento en persona con un proveedor. Si tiene una emergencia o necesita atención médica inmediata, llame al 911 o busque atención de emergencia de inmediato.</li></ul></li><li>● Algunos servicios de telesalud, incluidas consultas, diagnóstico y tratamiento proporcionados por un médico o proveedor médico para pacientes en determinadas zonas rurales u otras ubicaciones aprobadas por Medicare.</li></ul> |                      |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Qué debe pagar usted |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <p><b>Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para miembros de diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal hospitalario o de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro.</li><li>• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, sin importar su ubicación.</li><li>• Servicios de telesalud para los miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno mental concomitante, independientemente de su ubicación.</li><li>• Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental.</li><li>• Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud con cualificación federal.</li><li>• Consultas virtuales breves (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante cinco a diez minutos <b>si</b> se cumplen las siguientes condiciones a la vez:<ul style="list-style-type: none"><li>○ No es un paciente nuevo.</li><li>○ El chequeo no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos siete días.</li></ul></li></ul> |                      |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Qué debe pagar usted |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <p><b>Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ El chequeo no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas posteriores a la cita más próxima disponible.</li><li>● Evaluación del video o las imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas <b>si</b> se cumplen las siguientes condiciones a la vez:<ul style="list-style-type: none"><li>○ No es un paciente nuevo.</li><li>○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos siete días.</li><li>○ La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas posteriores a la cita más próxima disponible.</li></ul></li><li>● Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico</li><li>● Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía.</li></ul> |                      |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Qué debe pagar usted                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tiene derecho a obtener una segunda opinión de otro profesional de atención médica calificado con respecto a su diagnóstico, plan de tratamiento o necesidad de servicios médicos. En la mayoría de los casos, las segundas opiniones se obtienen de proveedores de nuestra red. Si no hay un proveedor adecuado disponible dentro de nuestra red, Health Choice Pathway hará los arreglos necesarios para que obtenga una segunda opinión de un proveedor fuera de la red, sin que usted pague un costo mayor que el que pagaría si recibiera el servicio de un proveedor de la red. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener ayuda.</li> </ul> |                                                                                                                                                            |
| <p><b>Servicios de podología</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolón en el talón).</li> <li>• Cuidado rutinario de los pies para miembros con determinadas enfermedades que afectan las extremidades inferiores.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los servicios de podología cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Qué debe pagar usted                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p> <b>Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH</b></p> <p>Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determina que tiene un mayor riesgo de contraer el VIH, cubrimos los medicamentos para la profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si reúne los requisitos, los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos orales o inyectables para la PrEP aprobados por la FDA, incluido el cargo por la administración del medicamento mediante inyección, si corresponde.</li> <li>• Hasta ocho sesiones de asesoramiento individual (incluidas la evaluación del riesgo de contraer el VIH, la reducción del riesgo de contraer el VIH y la adherencia al tratamiento) cada 12 meses.</li> <li>• Hasta ocho pruebas de detección del VIH cada 12 meses.</li> <li>• Una prueba de detección del virus de la hepatitis B.</li> </ul> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible al beneficio de PrEP.</p>                              |
| <p> <b>Pruebas de detección del cáncer de próstata</b></p> <p>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen rectal digital</li> <li>• Examen de antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible al examen anual de antígeno prostático específico.</p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Qué debe pagar usted                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados</b></p> <p>Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan total o parcialmente una parte o función corporal. Estos incluyen, entre otros, pruebas, adaptación o capacitación para el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos; así como bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, calzado protésico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluyen ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y ortopédicos y la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos y ortopédicos. Además, se incluye cierta cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas. Para obtener más información, consulte <i>Atención de la vista</i> más adelante en esta tabla.</p> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> |
| <p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b></p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y <i>una orden</i> de rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los servicios rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p>                                                                      |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Qué debe pagar usted                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p> <b>Prueba de detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol</b></p> <p>Cubrimos una prueba de detección del consumo indebido de alcohol para adultos (incluidas las mujeres embarazadas) que consumen alcohol de manera indebida, pero que no son alcohólicos.</p> <p>Si el resultado de la prueba de detección del consumo indebido de alcohol es positivo, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento en persona por año (si está lúcido y en pleno uso de sus facultades durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico o profesional de atención primaria calificado en un entorno de atención primaria.</p> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible al beneficio de examen de detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol cubiertos por Medicare.</p> |
| <p> <b>Prueba de detección del cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de dosis baja (LDCT)</b></p> <p>Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de dosis baja (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible al asesoramiento y la consulta de toma de decisión compartida cubiertos por Medicare o para la LDCT.</p>                    |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Qué debe pagar usted                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Prueba de detección del cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) (continuación)</b></p> <p><b>Los miembros que reúnen los requisitos son</b> personas de 50 a 77 años que no presentan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes-año y que actualmente fuman o dejaron de fumar en los últimos 15 años, y que obtienen una orden para una LDCT durante una visita de asesoramiento sobre la detección del cáncer de pulmón y toma de decisiones compartida que cumpla con los criterios de Medicare para dichas visitas y que sea proporcionada por un médico u otro profesional calificado que no sea médico.</p> <p><i>Para las pruebas de detección del cáncer de pulmón mediante LDCT posteriores a la prueba inicial:</i> los miembros deben obtener una orden para una prueba de detección del cáncer de pulmón mediante LDCT, que puede emitirse durante cualquier visita apropiada con un médico u otro profesional calificado que no sea médico. Si un médico u otro profesional calificado que no sea médico decide proporcionar una visita de asesoramiento sobre la detección del cáncer de pulmón y toma de decisiones compartida para pruebas posteriores mediante LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.</p> |                                                                                                                               |
| <p> <b>Prueba de detección de la infección por el virus de la hepatitis C</b></p> <p>Cubrimos una prueba de detección de la hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a la prueba de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare.</p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Qué debe pagar usted                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>atención médica calificado la indica y usted cumple una de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene un alto riesgo porque usa o ha usado drogas ilícitas inyectables.</li> <li>• Recibió una transfusión de sangre antes de 1992.</li> <li>• Nació entre 1945 y 1965.</li> </ul> <p>Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera que tenga un alto riesgo, cubrimos una prueba de detección una sola vez. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha continuado usando drogas ilícitas inyectables desde su última prueba de detección de la hepatitis C con resultado negativo), cubrimos una prueba de detección cada año.</p>                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                        |
| <p> <b>Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenir las ITS</b></p> <p>Cubrimos pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) por clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para las mujeres embarazadas y determinadas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS cuando las indica un proveedor de atención primaria.</p> <p>Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones presenciales individuales por año, de asesoramiento conductual intensivo, de 20 a 30 minutos de duración, para adultos sexualmente activos con alto riesgo de contraer ITS. Cubrimos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo únicamente</p> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible al beneficio de examen de detección de ITS y asesoramiento preventivo de ITS cubiertos por Medicare.</p> |

| <b>Servicio cubierto</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Qué debe pagar usted</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>si las proporciona un proveedor de atención primaria y se llevan a cabo en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <p><b>Servicios para el tratamiento de enfermedades renales</b></p> <p>Los servicios para enfermedades renales y de diálisis incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a que los miembros tomen decisiones informadas acerca de su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV que sean derivados por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de por vida de servicios educativos sobre la enfermedad renal.</li> </ul> <p><b>Servicios para el tratamiento de enfermedades renales (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamientos de diálisis ambulatorios, (incluidos tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o sea inaccesible temporalmente).</li> <li>• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si ingresa en un hospital como paciente hospitalizado para recibir atención especializada).</li> <li>• Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude a realizar sus tratamientos de diálisis en su domicilio).</li> </ul> | <p>No se aplica coseguro ni copago a los servicios de educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare.</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los servicios de diálisis ambulatorios y hospitalarios cubiertos por Medicare, ni a los equipos y suministros de diálisis a domicilio.</p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Qué debe pagar usted                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo y suministros para diálisis en el hogar</li> <li>• Ciertos servicios de soporte a domicilio (tales como, cuando sea necesario, visitas de técnicos en diálisis capacitados para controlar la diálisis en su domicilio, para asistir en casos de emergencia y efectuar una revisión de su equipo de diálisis y suministro de agua).</li> </ul> <p>Determinados medicamentos para la diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte <b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b> en esta tabla.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p><b>Atención en centros de enfermería especializada (SNF)</b></p> <p>(Para conocer la definición de la atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan SNF).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria).</li> <li>• Comidas, incluidas las dietas especiales.</li> <li>• Servicios de enfermería especializada.</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</li> <li>• Medicamentos que se le administren como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias presentes naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre).</li> <li>• Sangre: incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y</li> </ul> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a la atención en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta <b>100</b> días de atención en un centro de enfermería especializada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1 a 100: cubiertos por el plan.</li> <li>• A partir del día 101: usted es responsable de todos los costos.</li> </ul> <p>Un período de beneficios comienza el día en que ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada (SNF).</p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Qué debe pagar usted                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF.</li> <li>• Pruebas de laboratorio normalmente provistas por los SNF.</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF.</li> <li>• Uso de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente provistos por los SNF.</li> <li>• Servicios de médicos/proveedores médicos</li> </ul> <p>Por lo general, recibirá atención en un SNF de centros de la red. En determinadas condiciones que se indican a continuación, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por recibir atención en un centro que no pertenece a la red, si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una residencia para ancianos y convalecientes o comunidad de jubilación de cuidado continuo donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que provea la atención de un centro de enfermería especializada).</li> <li>• Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital.</li> </ul> | <p>El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si acude a un hospital o a un SNF después de que haya finalizado un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios.</p> <p>No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.</p> <p><i>Puede requerirse autorización previa.</i></p> |
| <p> <b>Abandono del tabaquismo y del consumo de tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</b></p> <p>El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para los pacientes ambulatorios</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Qué debe pagar usted                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>y hospitalizados que cumplan con los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumen tabaco, independientemente de que presenten o no signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el consumo de tabaco.</li> <li>• Están lúcidos y en pleno uso de sus facultades durante el asesoramiento.</li> <li>• El asesoramiento lo proporciona un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare.</li> </ul> <p>Cubrimos dos intentos para dejar de fumar o consumir tabaco por año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones de nivel intermedio o intensivo, hasta un máximo de ocho sesiones por año).</p> |                                                                                                             |
| <p><b>Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas</b></p> <p>El beneficio de alimentos saludables y productos frescos se ofrece como parte del Programa de Beneficios Suplementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) y está disponible únicamente para los miembros que cumplen con los requisitos de elegibilidad del plan.</p> <p>Recibirá una asignación de <b>\$225</b> cada tres meses para comprar alimentos saludables y productos frescos elegibles.</p>                                                                                       | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible al beneficio de alimentos saludables y productos frescos.</p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Qué debe pagar usted |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <p data-bbox="203 346 899 478"><b>Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (continuación)</b></p> <p data-bbox="203 501 987 588">Los requisitos que debe cumplir para poder recibir este beneficio son los siguientes:</p> <ul data-bbox="253 632 1032 1373" style="list-style-type: none"><li data-bbox="253 632 1032 814">• Tener una o más de las enfermedades crónicas que reúnen los requisitos y se indican a continuación, y cumplir con criterios de elegibilidad adicionales.</li><li data-bbox="253 821 1032 1045">• Estar bajo la atención de un proveedor tratante para que se pueda revisar la información de reclamaciones a fin de determinar su elegibilidad para este beneficio SSBCI de Medicare.</li><li data-bbox="253 1052 1032 1373">• Cumplir con otros factores de elegibilidad, como tener un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud y necesitar una coordinación intensiva de la atención (por ejemplo, ayuda para administrar la atención de varios proveedores, tratamientos o medicamentos).</li></ul> <p data-bbox="203 1417 987 1690">La elegibilidad se determina después de la inscripción. Una vez que recibamos y revisemos la información de reclamaciones correspondiente, verificaremos si tiene una enfermedad crónica que reúne los requisitos y si cumple con los criterios adicionales.</p> |                      |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Qué debe pagar usted |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <p><b>Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (continuación)</b></p> <p>Las enfermedades crónicas que reúnen los requisitos incluyen las siguientes: trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD); trastornos cardiovasculares; insuficiencia cardíaca crónica; diabetes mellitus; sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico; enfermedad gastrointestinal crónica; trastornos pulmonares crónicos; afecciones de salud mental crónicas y discapacitantes; afecciones crónicas de la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato; y afecciones que requieren servicios de terapia continuos para que las personas mantengan o conserven su capacidad funcional.</p> <p>Los beneficios mencionados forman parte de un programa suplementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros cumplen los requisitos, ya que también pueden aplicarse otros criterios de cobertura.</p> <p>El monto que no se utilice no se acumulará para el trimestre siguiente. El monto restante al final del año tampoco se transfiere al año del plan siguiente.</p> |                      |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Qué debe pagar usted |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <p><b>Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (continuación)</b></p> <p>Para hacer un pedido, consultar el saldo de su tarjeta, ver los alimentos saludables y productos frescos que reúnen los requisitos o encontrar establecimientos participantes, visite el Portal de Miembros en <b>azblue.com/hcportal</b>, navegue hasta <b>Beneficios Flexibles y Recompensas Saludables</b>, o llame al <b>1-800-998-3181</b>, TTY: <b>711</b>, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora local de Arizona.</p> <p>Los alimentos saludables y productos frescos cubiertos por este beneficio se limitan a aquellos permitidos conforme a las pautas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare &amp; Medicaid Services, CMS).</p> <p>Si no ha recibido su tarjeta prepagada Visa® de Health Choice Pathway, llame al <b>1-800-998-3181</b>, TTY: <b>711</b>, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora local de Arizona. Para obtener ayuda los sábados y domingos, llame a Servicios para Miembros al <b>1-800-656-8991</b>, TTY: <b>711</b>, de 8 a. m. a 8 p. m.</p> |                      |

| <b>Servicio cubierto</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Qué debe pagar usted</b>                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Terapia de ejercicio supervisado (SET)</b></p> <p>La terapia de ejercicio supervisado (Supervised exercise therapy, SET) está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos para el programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe cumplir con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprendan un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación.</li> <li>• Llevarse a cabo en el centro ambulatorio de un hospital o en un consultorio médico.</li> <li>• Ser proporcionado por personal auxiliar calificado, necesario para garantizar que los beneficios superen los riesgos, y que esté capacitado en terapia de ejercicio para la PAD.</li> <li>• Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico (PA), enfermero practicante (NP) o especialista en enfermería clínica (CNS), que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básico y avanzado.</li> </ul> <p>La SET puede estar cubierta después de las 36 sesiones durante 12 semanas por hasta 36 sesiones adicionales durante un período más prolongado si un proveedor de atención médica determina que son médicamente necesarias.</p> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los servicios de terapia de ejercicio supervisado (SET) cubiertos por Medicare.</p> |
| <p><b>Servicios de transporte (suplementario)*</b></p> <p>Nuestro plan cubre hasta <b>24</b> viajes de ida o de vuelta para el transporte que no sea de emergencia por año</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los servicios de transporte.</p>                                                    |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Qué debe pagar usted |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <p>calendario a lugares aprobados por el plan y para recibir servicios de atención médica médicamente necesarios dentro de nuestra área de servicio.</p> <p>El transporte cubierto incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Transporte de ida y vuelta a lugares aprobados por el plan</li><li>• Servicio de puerta a puerta</li><li>• Furgonetas con acceso para sillas de ruedas previa solicitud</li></ul> <p>Cada viaje cubierto está limitado a 50 millas en uno de los tramos de ida o de vuelta, a menos que se obtenga autorización previa del plan.</p> <p>El transporte en ambulancia no está cubierto por este beneficio. Consulte Transporte de emergencia para obtener información sobre los servicios de ambulancia.</p> <p>Para coordinar el transporte, llame al menos 72 horas (tres días) antes de su cita al <b>1-602-386-3447</b> (TTY: <b>711</b>), que está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. Tenga a mano la fecha y hora de su cita, los lugares de recogida y destino, la información de contacto y cualquier necesidad especial de transporte, como una silla de ruedas, una camilla o un tanque de oxígeno.</p> <p><b>Servicios de transporte (continuación)</b></p> <p>Para que el transporte esté cubierto, debe coordinarse a través de un proveedor de transporte de la red. Los vehículos pueden transportar a varios pasajeros y hacer paradas adicionales. Su transporte puede llegar hasta una hora antes de su cita, y el</p> |                      |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Qué debe pagar usted                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>transporte de regreso puede llegar hasta una hora después de que finalice su cita.</p> <p>Si necesita cancelar o reprogramar la cita, llame al <b>1-602-386-3447</b> lo antes posible para cancelar el transporte.</p> <p>Para obtener más información sobre los lugares aprobados por el plan, comuníquese con Servicios para Miembros al <b>1-800-656-8991</b> (TTY: <b>711</b>).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                       |
| <p><b>Servicios de urgencia</b></p> <p>Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, pero que no es una emergencia, se considera un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si, aun cuando se encuentre dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable, dadas las circunstancias de tiempo y lugar, obtener este servicio de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y cobrarle únicamente el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas y los brotes inesperados de afecciones ya existentes.</p> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los servicios de urgencia cubiertos por Medicare.</p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Qué debe pagar usted                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Servicios de urgencia (continuación)</b></p> <p>Las visitas de rutina médicamente necesarias a proveedores (como los chequeos anuales) no se consideran servicios de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.</p> <p>Nuestro plan no cubre los servicios de emergencia, los servicios de urgencia ni ningún otro servicio de atención fuera de Estados Unidos y sus territorios.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <p> <b>Atención de la vista</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios ambulatorios de médicos para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista rutinarios (refracciones oculares) para anteojos o lentes de contacto.</li> <li>• Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubrimos un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen aquellas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas con diabetes, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más.</li> <li>• Para las personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez por año.</li> <li>• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. Si se somete a</li> </ul> | <p><i>Para la atención médicamente necesaria cubierta por Medicare Original:</i></p> <p><i>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los cuidados de la vista cubiertos por Medicare.</i></p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a las gafas o lentes de contacto cubiertas por Medicare Original después de una operación de cataratas.</p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Qué debe pagar usted                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>dos cirugías de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía para comprar dos pares de anteojos después de la segunda.</p> <p><b>Atención de la vista de rutina (suplementaria)*</b></p> <p>Además de los servicios de la vista cubiertos por Medicare, nuestro plan ofrece cobertura para los siguientes beneficios de atención de la vista de rutina:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen de la vista de rutina (refracción) cada año.</li> <li>• Una cantidad ilimitada de pares de anteojos o lentes de contacto recetados cada año, hasta un beneficio máximo combinado de <b>\$250</b> al año para cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lentes y armazones de anteojos.</li> <li>○ Lentes de contacto en lugar de anteojos.</li> </ul> </li> </ul> <p>Recomendamos que consulte con un proveedor de atención de la vista de rutina de la red antes de recibir servicios de la vista para que pueda comprender mejor sus opciones de cobertura y los beneficios disponibles.</p> <p>Para reunir los requisitos de cobertura, los servicios de la vista deben recibirse y completarse durante el año del plan.</p> <p>Usted es responsable de todos los costos de los servicios o artículos que el plan no cubra.</p> <p>Todos los servicios suplementarios de la vista deben obtenerse de un proveedor de la red.</p> | <p><i>No se aplica coseguro, copago ni deducible al examen de la vista de rutina ni por los anteojos o lentes de contacto.</i></p> |

| Servicio cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Qué debe pagar usted                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, presentar una reclamación, obtener una lista detallada de los servicios cubiertos o conocer más sobre sus beneficios de la vista, comuníquese con Servicios para Miembros al <b>1-800-656-8991</b> (los usuarios de TTY deben llamar al <b>711</b>) o visite nuestro sitio web en <b>azblue.com/hcpathway</b>.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                           |
| <p> <b>Visita preventiva de Bienvenida a Medicare</b></p> <p>Nuestro plan cubre la visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> una sola vez. La visita incluye una revisión de su estado de salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas determinadas pruebas de detección y vacunas), y derivaciones para recibir otra atención, si es necesario.</p> <p><b>Importante:</b> Cubrimos la visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> únicamente durante los primeros 12 meses en que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>.</p> | <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a la visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>.</p> |

### **SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera de Health Choice Pathway**

Los siguientes servicios no están cubiertos por Health Choice Pathway, pero están disponibles a través de AHCCCS (Medicaid):

- Servicios y apoyos a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS), si reúne los requisitos.
- Servicios de centros de enfermería que exceden los límites de cobertura de Medicare.
- Servicios en el hogar y la comunidad (Home and Community-Based Services, HCBS), si reúne los requisitos.
- Servicios de cuidado personal y de asistencia.

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

- Servicios de tareas domésticas y entrega de comidas a domicilio autorizados por AHCCCS (Medicaid).
- Determinados servicios de salud conductual cubiertos por AHCCCS (Medicaid).
- Determinados servicios dentales no cubiertos por el plan (Medicaid).
- Determinados servicios de transporte médico que no sea de emergencia cubiertos a través de AHCCCS (Medicaid).
- Servicios proporcionados a través de la División de Discapacidades del Desarrollo (Division of Developmental Disabilities, DDD) de Arizona, cuando corresponda.
- Servicios de administración de casos o coordinación de la atención disponibles a través de los programas de AHCCCS (Medicaid).

Para obtener una lista de los beneficios de AHCCCS (Medicaid), consulte su Manual para Miembros de AHCCCS (Medicaid) o visite [www.azahcccs.gov](http://www.azahcccs.gov). También puede consultar el Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid en el Resumen de beneficios de Health Choice Pathway, disponible en nuestro sitio web en [azblue.com/pathway](http://azblue.com/pathway).

Para obtener más información sobre cómo acceder a los servicios cubiertos por AHCCCS (Medicaid), puede comunicarse con AHCCCS (Medicaid) al **1-855-HEA-PLUS (1-855-432-7587)**. Las llamadas se atienden de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. El número del Servicio de Retransmisión de Arizona para personas con dificultades auditivas es el **1-800-842-6520**.

## **SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)**

En esta Sección, se describen los servicios excluidos.

En la tabla a continuación se enumeran los servicios y artículos que no están cubiertos por nuestro plan en ninguna circunstancia o que están cubiertos únicamente en determinadas circunstancias.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo, excepto en las circunstancias específicas que se indican a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencias, estos seguirán sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se apela la decisión y, como resultado de la apelación, se determina que se trata de un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación particular. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3.)

| <b>Servicios no cubiertos por Medicare</b> | <b>Cubiertos solo en condiciones específicas</b>                                  |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Acupuntura</b>                          | Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias. |

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

| <b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>                                                                                                                                                                                                         | <b>Cubiertos solo en condiciones específicas</b>                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cirugías o procedimientos cosméticos.</b>                                                                                                                                                                                                       | <p>Cubiertos en caso de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una extremidad deforme.</p> <p>Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de mamas después de una mastectomía, incluso en la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica.</p> |
| <b>Cuidado de custodia</b> <p>El cuidado de custodia es atención personal que no requiere la asistencia continua de personal médico o paramédico capacitado, como la ayuda con actividades de la vida diaria, por ejemplo, bañarse o vestirse.</p> | No cubierto en ninguna circunstancia.                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales</b> <p>Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que Medicare Original determina que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.</p>    | <p>Pueden estar cubiertos por Medicare Original dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.</p> <p>(Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte el Capítulo 3, Sección 5).</p>            |
| <b>Los honorarios por atención cobrados por sus familiares directos o personas que viven en su casa.</b>                                                                                                                                           | No cubiertos en ninguna circunstancia.                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Atención de enfermeros de tiempo completo en su domicilio.</b>                                                                                                                                                                                  | No cubierta en ninguna circunstancia.                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Comidas a domicilio</b>                                                                                                                                                                                                                         | Health Choice Pathway ofrece un beneficio de comidas suplementario. Consulte los detalles en la Sección 2.1 de este Capítulo en “Beneficio de comidas”.                                                                                                                      |
| <b>Servicios de atención médica domiciliaria</b>                                                                                                                                                                                                   | Medicare cubre la atención de enfermería especializada médicamente necesaria a tiempo parcial o de forma intermitente.                                                                                                                                                       |
| <b>Servicios de ayuda con las tareas domésticas, que incluyen ayuda básica en el hogar, como tareas</b>                                                                                                                                            | No cubiertos en ninguna circunstancia.                                                                                                                                                                                                                                       |

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

| <b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>                                                                                                | <b>Cubiertos solo en condiciones específicas</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>domésticas livianas o preparación de comidas sencillas.</b>                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)</b>                                                            | No cubiertos en ninguna circunstancia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Atención dental considerada no rutinaria.</b>                                                                                          | La atención dental necesaria para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierta como atención para pacientes hospitalizados o ambulatorios.<br><br>Health Choice Pathway ofrece un beneficio dental suplementario. Consulte los detalles en la Sección 2.1 de este Capítulo en “Servicios dentales de rutina”.                              |
| <b>Dispositivos de soporte para pies o zapatos ortopédicos</b>                                                                            | Zapatos que forman parte de una pierna ortopédica y están incluidos en el costo de la prótesis. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético.                                                                                                                                                                                 |
| <b>Objetos de uso personal en su habitación de hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o televisión.</b>          | No cubiertos en ninguna circunstancia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Habitación privada en un hospital</b>                                                                                                  | Está cubierta únicamente si es médicamente necesaria.                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Anulación de procedimientos de esterilización y dispositivos anticonceptivos no recetados.</b>                                         | No cubierta en ninguna circunstancia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Atención quiropráctica de rutina</b>                                                                                                   | Está cubierta la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas</b>                                                          | Health Choice Pathway ofrece un beneficio dental suplementario. Consulte los detalles en la Sección 2.1 de este Capítulo en “Servicios dentales de rutina”.                                                                                                                                                                                       |
| <b>Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros tipos de asistencia para la visión disminuida</b> | Se cubre un par de anteojos con armazones estándar (o un juego de lentes de contacto) después de cada cirugía de cataratas en la que se implante una lente intraocular.<br><br>Health Choice Pathway ofrece un beneficio de la vista suplementario. Consulte los detalles en la Sección 2.1 de este Capítulo en “Atención de la vista de rutina”. |

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

| <b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>                                                      | <b>Cubiertos solo en condiciones específicas</b>                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Atención de rutina para los pies</b>                                                         | Se proporciona cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).                                                        |
| <b>Exámenes de audición de rutina, audífonos o exámenes para ajustar los audífonos</b>          | Health Choice Pathway ofrece un beneficio de audición suplementario. Consulte los detalles en la Sección 2.1 de este Capítulo en “Servicios de audición de rutina”. |
| <b>Servicios considerados no razonables y necesarios, según las normas de Medicare Original</b> | No cubiertos en ninguna circunstancia.                                                                                                                              |

## CAPÍTULO 5:

# Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos?

Debido a que reúne los requisitos para AHCCCS (Medicaid), también reúne los requisitos para recibir Ayuda Adicional de Medicare y la recibe para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Debido a que participa en el programa de Ayuda Adicional, 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 usted. Le enviamos un documento adicional por separado, denominado *Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar los medicamentos con receta* (también conocido como *Anexo del subsidio por bajos ingresos o Anexo LIS*), en el que se proporciona información sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no tiene este anexo, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) y solicite el *Anexo LIS*. (Puede encontrar los números de teléfono de Servicios para Miembros en la contraportada de este documento).

### SECCIÓN 1 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan

---

Consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 para obtener información sobre los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos para cuidados paliativos.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos por sus beneficios de AHCCCS (Medicaid). En nuestra Lista de medicamentos se indica cómo obtener información sobre la cobertura de medicamentos de AHCCCS (Medicaid). Consulte el formulario de Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice en [azblue.com/hcpathway](https://azblue.com/hcpathway).

Por lo general, nuestro plan cubrirá sus medicamentos siempre que cumpla con estas reglas:

- Un proveedor (un médico, dentista u otro profesional autorizado para recetar) debe emitirle una receta que sea válida conforme a la ley estatal aplicable.

**Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D**

---

- El profesional que le emite las recetas no debe figurar en las Listas de exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta (consulte la Sección 2), o puede surtirla a través del servicio de pedidos por correo de su plan.
- Su medicamento debe estar incluido en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- El medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Una “indicación médica aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por determinadas fuentes de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre las indicaciones médicas aceptadas).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan, conforme a determinados criterios, antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 para obtener más información).

---

**SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan**

---

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *únicamente* si se surten en las farmacias de la red de nuestro plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre los casos en que 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 proporcionar sus medicamentos cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” se refiere a todos los medicamentos de la Parte D incluidos en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

**Sección 2.1 Farmacias de la red****Cómo encontrar una farmacia de la red en su área**

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web ([azblue.com/health-choice-pathway/members/member-information](https://azblue.com/health-choice-pathway/members/member-information)) o llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

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

**Si su farmacia deja de pertenecer a la red**

Si la farmacia que utiliza deja de pertenecer a la red de nuestro plan, tendrá que buscar una nueva farmacia de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicios para Miembros llamando al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al

**Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D**

---

**711)** o consultar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en [azblue.com/hcpathway](https://azblue.com/hcpathway).

**Farmacias especializadas**

Algunos medicamentos con receta deben adquirirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de centros de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC). Por lo general, un centro de LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener los medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).
- Farmacias de Servicios de Salud para Indígenas o del Programa de salud tribal/indígena/urbano (no disponible en Puerto Rico). Salvo en casos de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o nativos de Alaska tendrán acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos cuya distribución la FDA restringe a determinados lugares o que requieren manipulación especial, coordinación con el proveedor o educación sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de farmacias* en [azblue.com/health-choice-pathway/members/member-information](https://azblue.com/health-choice-pathway/members/member-information) o llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

**Sección 2.2 Servicio de pedidos por correo de nuestro plan**

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedidos por correo de la red de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos que se proporcionan mediante pedidos por correo son aquellos que toma regularmente para una afección médica crónica o a largo plazo. Estos medicamentos están identificados como **medicamentos de pedido por correo** en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite pedir un suministro para hasta 100 días.

Si desea obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

**Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D**

---

Por lo general, los pedidos por correo a la farmacia se entregan en un plazo máximo de diez días. Si su pedido por correo se retrasa, es posible que pueda surtir en una farmacia local. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

**Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.**

La farmacia surtirá y enviará automáticamente las recetas nuevas que reciba de los proveedores de atención médica, sin consultarle primero, si se cumple alguna de las siguientes condiciones:

- Utilizó servicios de venta por correo con este plan en el pasado.
- Usted se suscribe a la entrega automática de todas las nuevas recetas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento llamando a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Si recibe automáticamente por correo una receta que no desea y no se comunicaron con usted antes del envío para preguntarle si la quería, es posible que reúna los requisitos para recibir un reembolso.

Si utilizó pedidos por correo anteriormente y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada receta nueva, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Si nunca utilizó nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o decide suspender el surtido automático de recetas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de atención médica para preguntarle si desea que el medicamento se surta y se envíe de inmediato. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para indicarle si desea que envíe, retrase o cancele la receta nueva.

Para cancelar la entrega automática de recetas nuevas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

**Reposiciones de recetas por correo.** Para reponer los medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de reposición automática. Mediante este programa, comenzamos a procesar automáticamente la próxima reposición cuando nuestros registros indican que su medicamento está por acabarse. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada reposición para confirmar que necesita más

**Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D**

---

medicamento, y usted puede cancelar las reposiciones programadas si tiene suficiente medicamento o si este ha cambiado.

Si decide no utilizar nuestro programa de reposiciones automáticas, pero aun así desea que la farmacia de pedidos por correo le envíe su receta, comuníquese con la farmacia 14 días antes de que se le termine el suministro de su receta actual. Así se asegurará de que su pedido le llegue a tiempo.

Para cancelar su participación en nuestro programa que prepara automáticamente las reposiciones de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Si recibe automáticamente por correo una reposición que no desea, es posible que reúna los requisitos para recibir un reembolso.

**Sección 2.3      Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo**

Nuestro plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento incluidos en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que toma regularmente para una afección médica crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de farmacias*, disponible en [azblue.com/health-choice-pathway/members/member-information](https://azblue.com/health-choice-pathway/members/member-information), se indican las farmacias de nuestra red que pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener más información
2. También puede obtener medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.2 para obtener más información.

**Sección 2.4      Uso de una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan**

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *únicamente* cuando no puede utilizar una farmacia de la red. También contamos con 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 1-800-656-8991 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para averiguar si hay una farmacia de la red cercana.

**Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D**

---

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

- Health Choice Pathway cubrirá las recetas que se surten en una farmacia fuera de la red si la receta médica está relacionada con una atención médica de emergencia o atención médica requerida urgentemente.
- Si viaja dentro de los Estados Unidos, pero fuera del área de cobertura del plan, o se enferma, o pierde o se queda sin sus medicamentos con receta, cubriremos las recetas que se surten en una farmacia fuera de la red si no hay disponible una farmacia de la red.
- No puede obtener un medicamento cubierto en un momento de necesidad porque no hay farmacias de la red abiertas las 24 horas a una distancia razonable en coche.
- La receta es para un medicamento que está agotado en una farmacia minorista de la red accesible o en una farmacia de servicio por correo (incluidos los medicamentos exclusivos y de alto costo).
- Si tiene que evacuar o desplazarse de su domicilio debido a una catástrofe federal u otra declaración de emergencia de salud pública.

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar el costo total (en lugar de su costo compartido habitual) en el momento de surtir la receta. Usted podrá solicitar el reembolso de nuestra parte del costo. (Consulte el Capítulo 7, Sección 2, para obtener información sobre cómo solicitar a nuestro plan que le reembolse el dinero). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

---

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

---

#### **Sección 3.1      La Lista de medicamentos 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 son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista cumple los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por este organismo.

La Lista de medicamentos solo incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos por sus beneficios de AHCCCS (Medicaid). Para saber qué medicamentos con receta están cubiertos por sus beneficios de AHCCCS (Medicaid), consulte

**Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D**

---

el Formulario de Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice o el formulario de AHCCCS (Medicaid) que corresponda. Para solicitar una copia del Formulario de Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (TTY: **711**). Por lo general, cubrimos un medicamento incluido en la Lista de medicamentos de nuestro plan siempre que cumpla con las demás reglas de cobertura que se explican en este capítulo y que el medicamento se utilice para una indicación médica aceptada. Una indicación médica aceptada es un uso del medicamento *que cumpla con cualquiera de las siguientes condiciones*:

- Esté aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para la cual se receta.
- Esté avalado por determinados libros de referencia como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de información DRUGDEX de Micromedex.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca registrada, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden 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 típicos. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a los medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas denominadas biosimilares. Por lo general, los genéricos y biosimilares funcionan igual de bien que los productos de marca o biológicos originales y pueden costar menos. Hay sustitutos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, del mismo modo que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

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

**Medicamentos que no están incluidos en la Lista de medicamentos**

El formulario de Health Choice Pathway (Lista de medicamentos) no identifica los medicamentos cubiertos por AHCCCS (Medicaid). Para saber qué medicamentos están cubiertos por sus beneficios de AHCCCS (Medicaid), consulte el formulario de Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice u otro formulario de AHCCCS (Medicaid) que corresponda.

**Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D**

---

Para recibir una copia del Formulario de Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (TTY: **711**).

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos. (Para obtener más información, consulte la Sección 7).
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no esté incluido en nuestra Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

**Sección 3.2      Cómo saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos**

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

- Consultar la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos en formato electrónico.
- Visitar el sitio web de nuestro plan (**[azblue.com/hcpathway](https://azblue.com/hcpathway)**). La Lista de medicamentos que se publica en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llamar a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos de nuestro plan o para solicitar una copia de la lista.
- Utilizar la “Herramienta de beneficios en tiempo real” **de nuestro plan** (**<https://welcome.benefitrx.com/hcpathway/landing>**) para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos, obtener un cálculo aproximado de lo que pagará y consultar si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (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 determinados medicamentos con receta, existen reglas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre nuestro plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos ha desarrollado estas normas para animarle a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la forma

**Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D**

---

más eficaz. Para saber si algunas de estas restricciones se aplican a un medicamento que usted utiliza o desea utilizar, consulte la Lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro y de menor costo funciona igual de bien desde el punto de vista médico que un medicamento de mayor costo, las reglas de nuestro plan están diseñadas para alentarlos a usted y a su proveedor a utilizar la opción de menor costo.

Tenga en cuenta que, en ocasiones, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que un mismo medicamento puede variar según la concentración, la cantidad o la presentación que recete su proveedor de atención médica, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; una vez al día frente a dos veces al día; comprimido frente a líquido).

**Sección 4.2 Tipos de restricciones**

**Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deben seguir ciertos pasos adicionales para que cubramos el medicamento.**

Llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor a fin de obtener cobertura para el medicamento. **Si desea que eliminemos la restricción en su caso, debe utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción.** Podemos aceptar o no eliminar la restricción en su caso. (Consulte el Capítulo 9).

**Obtener la aprobación previa del plan**

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan conforme a criterios específicos antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto se denomina **autorización previa**. Se pone en marcha para garantizar la seguridad de la medicación y ayudar a orientar el uso adecuado de ciertos fármacos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que nuestro plan no cubra su medicamento. Puede conocer los criterios de autorización previa de nuestro plan llamando a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o en nuestro sitio web **[azblue.com/health-choice-pathway/members/prescription-drug-information](https://azblue.com/health-choice-pathway/members/prescription-drug-information)**.

**Probar primero con un medicamento diferente**

Este requisito lo alienta a probar medicamentos de menor costo, pero que por lo general son igual de eficaces, antes de que nuestro plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma afección médica y el Medicamento A es menos costoso, nuestro plan puede exigirle que pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona para usted, nuestro plan cubrirá entonces el Medicamento B.

**Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D**

---

Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **terapia escalonada**. Puede conocer los criterios de terapia escalonada de nuestro plan llamando a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o en nuestro sitio web [azblue.com/health-choice-pathway/members/prescription-drug-information](https://azblue.com/health-choice-pathway/members/prescription-drug-information).

**Límites de cantidades**

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

---

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

---

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

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O puede que esté cubierta una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que desea tomar.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales para la cobertura.

**Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o tiene restricciones, estas son algunas opciones en cuanto a lo que puede hacer:**

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar el 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 determinadas circunstancias, nuestro plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

**Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D**

---

Para reunir los requisitos a fin de recibir un suministro temporal, el medicamento que toma **debe haber dejado de estar incluido en la Lista de medicamentos de nuestro plan, O BIEN, ahora debe tener algún tipo de restricción.**

- **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.
- El suministro temporal será para un máximo de 31 días. Si su receta está emitida para menos días, permitiremos varios surtidos hasta proporcionar un suministro máximo para 31 días del medicamento. El medicamento recetado debe ser adquirido en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades menores cada vez para evitar desperdicios).
- **Para los miembros que han estado en nuestro plan durante más de 90 días, viven en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta está emitida para menos días. Esto es adicional al suministro temporal mencionado anteriormente.
- Si existe algún cambio en su entorno de atención (como recibir el alta o ingresar en un centro de atención a largo plazo), su médico o farmacia pueden solicitar un suministro temporal del medicamento. Este suministro temporal (de 31 o 34 días) le dará tiempo para hablar con su médico sobre el cambio en la cobertura.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

**Mientras esté utilizando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine el suministro temporal. Tiene dos opciones:**

**Opción 1. Puede cambiar el medicamento.**

Hable con su proveedor para determinar si otro medicamento cubierto por nuestro plan podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que sea de utilidad para usted.

**Opción 2. Puede solicitar una excepción**

**Usted y su proveedor pueden solicitarle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera en que desea que esté cubierto.** Si su proveedor indica que existen razones médicas que justifican solicitar una excepción, puede ayudarlo a presentar la solicitud. Por ejemplo, puede pedirle a nuestro plan que cubra un medicamento aunque no esté incluido en la Lista de medicamentos de nuestro plan. También puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si actualmente es miembro y un medicamento que toma se eliminará del formulario o tendrá algún tipo de restricción el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del comienzo del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de que recibamos su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que emite la receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigor.

**Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 7.4, para saber qué deben hacer.** Allí se explican los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se tramite de manera rápida y justa.

---

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

---

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se producen 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 hacer lo siguiente:

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

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de modificar la Lista de medicamentos de nuestro plan.

## **Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos**

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. También actualizamos regularmente nuestra Lista de medicamentos en línea. En algunos casos, recibirá una notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que usted toma.

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

- **Agregar medicamentos nuevos a la Lista de medicamentos y eliminar inmediatamente o hacer cambios en un medicamento similar de la Lista de medicamentos.**
  - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, así como también pasarlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento tendrá las mismas o menos restricciones.
  - Haremos estos cambios inmediatos únicamente si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o determinadas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
  - Podemos hacer estos cambios de inmediato y notificárselo posteriormente, incluso si usted toma el medicamento que eliminamos o modificamos. Si está tomando el medicamento similar cuando hacemos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o hacer cambios en un medicamento similar de la Lista de medicamentos.**
  - Al añadir otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar el medicamento similar de la Lista de medicamentos, así como también pasarlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La versión del medicamento que agregamos tendrá las mismas o menos restricciones.
  - Haremos estos cambios únicamente si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o determinadas 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 sobre el cambio y cubriremos un suministro de 31 días de la versión del medicamento que está tomando.

**Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D**

---

- **Eliminar de la Lista de medicamentos los medicamentos que se retiren del mercado por ser inseguros o por otros motivos.**
  - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, el plan eliminará de inmediato el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo informaremos después de hacer el cambio.
- **Hacer otros cambios a los medicamentos de la Lista de medicamentos**
  - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que está tomando después de que haya comenzado el año. Por ejemplo, podemos hacer cambios basados en advertencias de recuadro de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de hacer estos cambios o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro adicional de 31 días del medicamento que toma.

Si hacemos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que toma, hable con el profesional que emite la receta sobre las opciones que serían más adecuadas para usted, lo que incluye cambiar el medicamento por otro para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para cumplir con cualquier nueva restricción del medicamento que está tomando. Usted o el profesional que le emite las recetas pueden solicitarnos una excepción para seguir cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

Podemos hacer determinados cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Ponemos una nueva restricción al uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos

Si se produce alguno de estos cambios en un medicamento que toma (excepto el retiro del mercado, la sustitución de un medicamento de marca por uno genérico u otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará el uso del medicamento ni lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente.

**Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D**

---

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

---

**SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos**

---

Algunos tipos de medicamentos con receta están *excluidos*. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si presenta una apelación 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, consulte el Capítulo 9). Si el medicamento está excluido, usted deberá pagarlo.

Estas son tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán conforme a la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por 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 *fuera de indicación* de un medicamento cuando dicho uso no está respaldado por determinadas fuentes de referencia, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de información DRUGDEX de Micromedex. El uso *fuera de indicación* es cualquier uso del medicamento distinto de los indicados en la etiqueta del medicamento aprobada por la FDA.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos que se indican a continuación no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos para usted conforme a su cobertura de medicamentos de AHCCCS (Medicaid). Para determinar qué medicamentos con receta pueden estar cubiertos por sus beneficios de AHCCCS (Medicaid), consulte el formulario de Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice o el formulario proporcionado por su plan de salud de AHCCCS (Medicaid). Para solicitar una copia del formulario de Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). También puede consultar información sobre farmacias y listas de medicamentos de AHCCCS en la página web de actualizaciones de farmacias de AHCCCS en [www.azahcccs.gov](http://www.azahcccs.gov).

- Medicamentos no recetados (también llamados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad.

**Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D**

---

- Medicamentos utilizados para aliviar síntomas de resfrío o catarro.
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para el crecimiento del cabello.
- Recetas médicas para vitaminas y productos minerales, excepto vitaminas prenatales y preparaciones con flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante exige, como condición de venta, que las pruebas o los servicios de monitoreo relacionados se compren únicamente al fabricante.

**Si recibe Ayuda Adicional** para pagar sus medicamentos con receta, la Ayuda Adicional no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Si tiene cobertura de medicamentos a través de AHCCCS (Medicaid), el programa de Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa de Medicaid de su estado (AHCCCS) para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Encontrará los números de teléfono y la información de contacto de AHCCCS [Medicaid] en el Capítulo 2, Sección 6).

---

**SECCIÓN 8      Cómo surtir una receta**

---

Para surtir su receta, proporcione la información de membresía de nuestro plan (que se encuentra en su tarjeta de membresía) en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente a nuestro plan la parte que nos corresponde de los costos de su medicamento. Usted deberá pagar en la farmacia *su* parte del costo cuando recoja el medicamento.

Si no tiene consigo la información de membresía de nuestro plan, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtenerla, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de su inscripción en nuestro plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga que pagar el costo total de la receta cuando recoja el medicamento**. Luego, puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte el Capítulo 7, Sección 2, para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso a nuestro plan.

**Reembolso por medicamentos con receta**

**Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D**

---

Si compra un medicamento con receta cubierto y lo paga de su bolsillo, es posible que reúna los requisitos para recibir un reembolso. Solo podemos reembolsarle el monto que habría cubierto Health Choice Pathway, que puede ser inferior al monto que pagó en la farmacia. El reembolso está disponible únicamente si reunía los requisitos para la cobertura en la fecha en que se surtió la receta.

Si tiene dificultades para obtener sus medicamentos con receta, pídale a su farmacia que se comunique con la Línea de Ayuda de Farmacia de Health Choice Pathway, disponible las 24 horas, al **1-800-322-8670** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener ayuda.

No debe pagar el costo total de los medicamentos con receta cubiertos. Si corresponde, usted es responsable únicamente de su copago. Si pagó un medicamento con receta y considera que no debería haber tenido que hacerlo, puede solicitar un reembolso enviando sus recibos de la farmacia y las etiquetas de las recetas a Health Choice Pathway.

Las solicitudes de reembolso deben presentarse dentro de los doce (12) meses posteriores a la fecha en que se compró el medicamento con receta. Revisaremos su solicitud y le notificaremos nuestra decisión una vez que finalice la revisión.

---

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

---

### **Sección 9.1      Durante una estadía en un hospital o centro de enfermería especializada cubierta por nuestro plan**

Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan, por lo general cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o del centro de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre que cumplan con todas nuestras reglas de cobertura descritas en este capítulo.

### **Sección 9.2      Como residente de un centro de atención a largo plazo (LTC)**

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC), como un hogar de ancianos, tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra medicamentos a todos los residentes. Si reside en un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o de la farmacia que este utiliza, siempre que forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* en [azblue.com/health-choice-pathway/members/member-materials](https://www.azblue.com/health-choice-pathway/members/member-materials) para averiguar si la farmacia del centro de LTC o la farmacia que este utiliza forma parte de nuestra red. Si no forma parte de la red, o si necesita

**Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D**

---

más información o ayuda, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda obtener regularmente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

Si reside en un centro de LTC y necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, consulte la Sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

**Sección 9.3 Si también recibe cobertura de medicamentos de un plan grupal de un empleador o para jubilados**

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador (o el empleador de su cónyuge o pareja de hecho) o de un plan grupal para jubilados, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Este puede ayudarle a comprender cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos junto con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura grupal para empleados o jubilados, la cobertura de medicamentos que recibe de nosotros será *secundaria* a su cobertura grupal. Esto significa que su cobertura grupal paga primero.

**Aviso especial sobre cobertura válida:**

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

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

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

**Sección 9.4 Si está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare**

El programa de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un programa de cuidados paliativos de Medicare y necesita determinados medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o medicamentos contra la ansiedad) que su programa de cuidados paliativos no cubre porque no están relacionados con su enfermedad terminal ni con las afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que emite la receta o

**Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D**

---

de su proveedor de cuidados paliativos que indique que el medicamento no está relacionado para que lo cubra nuestro plan. Para evitar demoras en la obtención de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale a su proveedor de cuidados paliativos o al profesional que le emite la receta que proporcione la notificación antes de surtir la receta.

En el caso de que usted renuncie a su elección de cuidados paliativos o reciba el alta del programa de cuidados paliativos, nuestro plan deberá cubrir todos sus medicamentos, como se explica en este documento. Para prevenir retrasos en una farmacia cuando finalice su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, traiga la documentación a la farmacia para verificar su renuncia o el alta del plan.

---

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

---

Realizamos revisiones del uso de medicamentos para poder garantizar que nuestros miembros reciban una atención segura y adecuada.

Realizamos una revisión cada vez que adquiere un medicamento recetado. También efectuamos una revisión regular de nuestros registros. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas, como los siguientes:

- Posibles errores de medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque toma otro medicamento similar para tratar la misma afección.
- Medicamentos que posiblemente no sean seguros o correctos por su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que pueden ser peligrosas para usted si se toman de forma simultánea.
- Recetas de medicamentos que contienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma.
- Cantidades peligrosas de analgésicos opioides.

Si detectamos un posible problema con el uso de sus medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregirlo.

**Sección 10.1 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar los medicamentos opioides de manera segura**

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos de los que con frecuencia se suele abusar. Este

**Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D**

---

programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de varios prescriptores o farmacias, o si recientemente ha sufrido una sobredosis de opioides, podemos hablar con los profesionales que emiten las recetas para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea adecuado y médicamente necesario. En colaboración con dichos profesionales, si determinamos que el uso de medicamentos opioides o benzodiacepinas con receta puede no ser seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo incluimos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Requerirle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides o benzodiacepínicos en farmacias específicas
- Requerirle que reciba todas las recetas de medicamentos opioides o benzodiacepínicos de un solo profesional
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepínicos que cubriremos para usted

Si tenemos previsto limitar la manera en que obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. En la carta le indicaremos si limitamos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si le exigiremos que obtenga las recetas para estos medicamentos de un único profesional o en una farmacia específica. Tendrá la oportunidad de indicarnos de qué profesional desea recibir las recetas o qué farmacias prefiere utilizar y de proporcionarnos cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si cree que hemos cometido un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y el profesional que emite la receta tienen derecho a apelar. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le indicaremos la nueva decisión que hayamos tomado. Si continuamos denegando alguna parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente externo a nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No lo incluiremos en nuestro DMP si tiene determinadas afecciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o enfermedad de células falciformes, si recibe cuidados paliativos, cuidados para enfermos terminales o atención para el final de la vida, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

**Sección 10.2 Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos**

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Programa de Administración de Terapia con

**Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D**

---

Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para ayudarnos a garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen determinadas enfermedades crónicas y toman medicamentos cuyos costos superan un monto específico, o que participan en un DMP que les ayuda a usar los opioides de manera segura, pueden recibir servicios a través de un programa MTM. Si cumple los requisitos del programa, un farmacéutico u otro profesional de salud puede darle un resumen integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Obtendrá un resumen escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicación que incluirá todos los medicamentos que toma, la cantidad que toma y cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de tareas y medicamentos recomendados. Lleve el resumen consigo a su visita o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Mantenga actualizada su lista de medicamentos y llévela con usted (por ejemplo, junto 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, notifíquenos y lo retiraremos del programa. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

# CAPÍTULO 6:

## Qué debe pagar usted por los medicamentos de la Parte D

### SECCIÓN 1 Qué debe pagar usted por los medicamentos de la Parte D

---

En este capítulo, usamos el término “medicamento” para referirnos a un medicamento con receta de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Para comprender la información sobre los pagos, debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5 se explican estas reglas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan para consultar la cobertura de medicamentos (<https://welcome.benefitrx.com/hcpathway/landing>), el costo que aparece muestra un cálculo aproximado de los gastos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener la información proporcionada en la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

#### **¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si recibe Ayuda Adicional con los costos de sus medicamentos con receta de la Parte D?**

Debido a que reúne los requisitos para AHCCCS (Medicaid), también reúne los requisitos para recibir Ayuda Adicional de Medicare y la recibe para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Debido a que recibe Ayuda Adicional, 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 usted**. Le enviamos un documento adicional por separado denominado Anexo de la *Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar los medicamentos con receta* (también conocido como *Anexo del Subsidio por Bajos Ingresos* o *Anexo LIS*), que contiene información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) y solicite el *Anexo LIS*.

**Capítulo 6 Qué debe pagar usted por los medicamentos de la Parte D**

---

**Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos**

Existen tres tipos diferentes de gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D que se le puede solicitar que pague:

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

**Sección 1.2 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo**

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta para sus gastos de bolsillo. A continuación, se indican las reglas que debemos seguir para llevar un registro de sus gastos de bolsillo.

---

**Estos pagos se incluyen en sus gastos de bolsillo**

Sus gastos de bolsillo **incluyen** los pagos que se indican a continuación (siempre que correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y que haya seguido las reglas de cobertura de medicamentos explicadas en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La etapa del deducible
  - La etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos.
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por la Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, el Servicio de Salud para Indígenas, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP) y la mayoría de las organizaciones benéficas.

**Capítulo 6 Qué debe pagar usted por los medicamentos de la Parte D**

---

**Pasar a la etapa de cobertura catastrófica:**

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) haya gastado un total de \$2,400 en gastos de bolsillo durante el año calendario, pasa de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura catastrófica.

---

**Estos pagos no se incluyen en sus gastos de bolsillo**

Sus gastos de bolsillo **no incluyen** ninguno de los siguientes 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 y que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Pagos que realiza por medicamentos que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de Medicare.
- Pagos por sus medicamentos realizados por determinados planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud de Veteranos (Veterans Health Administration, VA).
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero que tiene la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, la compensación para trabajadores).
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos conforme al Programa de Descuentos para Fabricantes.

*Recordatorio:* Si alguna otra organización, como las mencionadas anteriormente, paga una parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por medicamentos, debe informárselo a nuestro plan llamando a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

---

**Seguimiento del total de sus gastos de bolsillo**

- La *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* que recibe incluye el total actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance los \$2,400, en la *EOB de la Parte D* se le indicará que dejó de estar en la etapa de cobertura inicial y pasó a la etapa de cobertura catastrófica.

Existen **tres etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos conforme a Health Choice Pathway. El monto que paga por cada receta depende de la etapa en la que se encuentre cuando surta o reponga una receta. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son las siguientes:

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

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que realiza cuando obtiene sus recetas en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuándo pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Llevamos un registro de dos tipos de costos:

- **Gastos de bolsillo:** es el monto que usted pagó. Esto incluye lo que pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, todos los pagos por sus medicamentos que hayan hecho familiares o amigos, y todos los pagos por sus medicamentos realizados por la Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, el Servicio de Salud para Indígenas, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- **Costos totales de medicamentos:** es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que pagó usted y lo que otros programas u organizaciones pagaron por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si surtió una o más recetas a través de nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos una *EOB de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye lo siguiente:

**Capítulo 6 Qué debe pagar usted por los medicamentos de la Parte D**

---

- **Información correspondiente a ese mes.** Este informe detalla los pagos efectuados por los medicamentos con receta que usted ha adquirido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó nuestro plan y lo que usted y otras personas pagaron en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el comienzo del año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esto muestra el precio total del medicamento e información sobre los cambios en el precio desde el primer surtido para cada reclamación de receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a menor costo.** Esto muestra información sobre otros medicamentos disponibles con un costo compartido menor para cada reclamación de receta, si corresponde.

**Sección 3.1 Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de medicamentos**

Para mantener un registro de sus costos por medicamentos y los pagos que usted realiza por ellos, nos basamos en registros obtenidos de las farmacias. Usted nos puede ayudar a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Presente su tarjeta de membresía cada vez que adquiera un medicamento recetado.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que tengamos información sobre las recetas que surte y lo que paga.
- **Asegúrese de que contemos con la información necesaria.** Hay ocasiones en las que puede pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de bolsillo, envíenos copias de los recibos. **Ejemplos de cuándo debe enviarnos copias de los recibos de los medicamentos:**
  - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utiliza una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
  - Cuando paga un copago por medicamentos proporcionados a través de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
  - Siempre que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

**Capítulo 6 Qué debe pagar usted por los medicamentos de la Parte D**

---

- Si recibe una factura por un medicamento cubierto, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte del costo que le corresponde. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya al Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas realizan por usted.** Los pagos realizados por determinadas personas y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas y organizaciones benéficas cuentan para sus gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos llevar un registro de los costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta algo o tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Asegúrese de conservar estos informes.

---

**SECCIÓN 4      Etapa del deducible**

---

Debido a que la mayoría de nuestros miembros reciben Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta, la etapa del deducible no se aplica a la mayoría de los miembros. Si recibe Ayuda Adicional, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Consulte el documento adicional por separado (el *Anexo LIS*) para obtener información sobre el monto de su deducible.

Si no recibe Ayuda Adicional, la etapa del deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte su primera receta de medicamentos del año. Mientras se encuentre en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta alcanzar el monto del deducible de nuestro plan, que es de \$300 para 2027. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas para viajes. El **costo total** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, ya que nuestro plan negoció costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red. El costo total no puede superar el precio máximo justo más los cargos por dispensación para los medicamentos con precios negociados conforme al Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare.

Una vez que haya pagado \$300 por sus medicamentos, dejará la etapa del deducible y pasará a la etapa de cobertura inicial.

## **SECCIÓN 5      Etapa de cobertura inicial**

---

### **Sección 5.1      Lo que debe pagar usted por un medicamento depende del medicamento y de dónde surta su receta**

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

#### **Sus opciones de farmacia**

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

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta adquiridos en farmacias fuera de la red únicamente en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para saber 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 cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias de nuestro plan* en [azblue.com/health-choice-pathway/members/member-materials](https://azblue.com/health-choice-pathway/members/member-materials).

### **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.

**Capítulo 6 Qué debe pagar usted por los medicamentos de la Parte D****Sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento cubierto de la Parte D**

| <b>Nivel</b>                                                                                | <b>Costo compartido estándar en farmacias minoristas de la red</b><br><br><b>(suministro para hasta 31 días)</b> | <b>Costo compartido de pedido por correo</b><br><br><b>(suministro para hasta 31 días)</b> | <b>Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)</b><br><br><b>(suministro para hasta 34 días)</b> | <b>Costo compartido fuera de la red</b><br><br><b>(La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más información).</b><br><br><b>(suministro para hasta 31 días)</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos)</b> | Copago de \$0, \$1.65 o \$5.80                                                                                   | Copago de \$0, \$1.65 o \$5.80                                                             | Copago de \$0, \$1.65 o \$5.80                                                                        | Copago de \$0, \$1.65 o \$5.80                                                                                                                                                                                |
| <b>Medicamentos de marca y todos los demás medicamentos</b>                                 | Copago de \$0, \$5.00 o \$14.40                                                                                  | Copago de \$0, \$5.00 o \$14.40                                                            | Copago de \$0, \$5.00 o \$14.40                                                                       | Copago de \$0, \$5.00 o \$14.40                                                                                                                                                                               |

Usted recibe Ayuda Adicional, por lo que su copago depende de sus ingresos y de su condición de institucionalización. Si no recibe Ayuda Adicional de Medicare, pagará un coseguro del 25 % por sus medicamentos con receta.

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 aún no ha pagado el deducible.

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

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento cubre el suministro para un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico prefieran que reciba un suministro para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que recete, y a su farmacéutico que dispense, un suministro para menos de un mes completo si esto le ayuda a planificar mejor las fechas para la reposición de las recetas.

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

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor porque el costo total del medicamento también será menor.
- Si es responsable de pagar un copago por el medicamento, solo paga por la cantidad de días de medicamento que recibe, en lugar de pagar por un mes completo. Calculamos el monto que paga por día por su medicamento (la tarifa diaria de costo compartido) y lo multiplicamos por la cantidad de días de medicamento que recibe.

**Capítulo 6 Qué debe pagar usted por los medicamentos de la Parte D****Sección 5.4 Sus costos por un suministro a largo plazo (para hasta 100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D**

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es para hasta 100 días.

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

| <b>Nivel</b>                                                                                | <b>Costo compartido estándar en farmacias minoristas (dentro de la red)</b><br>(suministro para hasta 100 días) | <b>Costo compartido preferido en farmacias minoristas (dentro de la red)-</b><br>(suministro para hasta 100 días) | <b>Costo compartido de pedido por correo</b><br>(suministro para 100 días) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos)</b> | Copago de \$0, \$1.65 o \$5.80                                                                                  | Copago de \$0, \$1.65 o \$5.80                                                                                    | Copago de \$0, \$1.65 o \$5.80                                             |
| <b>Medicamentos de marca y todos los demás medicamentos</b>                                 | Copago de \$0, \$5.00 o \$14.40                                                                                 | Copago de \$0, \$5.00 o \$14.40                                                                                   | Copago de \$0, \$5.00 o \$14.40                                            |

Usted recibe Ayuda Adicional, por lo que su copago depende de sus ingresos y de su condición de institucionalización. Si no recibe Ayuda Adicional de Medicare, pagará un coseguro del 25 % por sus medicamentos con receta.

No pagará más de \$70 por un suministro para hasta dos meses ni más de \$105 por un suministro para hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si aún no ha pagado su deducible.

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

Permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que el total de sus gastos de bolsillo alcance los \$2,400. Luego, pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

**Capítulo 6 Qué debe pagar usted por los medicamentos de la Parte D**

---

La *EOB de la Parte D* que recibe le ayudará a llevar un registro de cuánto han gastado usted, nuestro plan y terceros 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 este monto. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo.

---

**SECCIÓN 6      Etapa de cobertura catastrófica**

---

En la etapa de cobertura catastrófica, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Ingresar en la etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de \$2,400 para el año calendario. Una vez que ingresa en la etapa de cobertura catastrófica, permanece en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

---

**SECCIÓN 7      Qué debe pagar usted por las vacunas de la Parte D**

---

**Mensaje importante sobre lo que debe pagar usted 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 aún no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener detalles sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

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

- La primera parte es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte es el costo de **colocarle la vacuna**. (A veces, esto se denomina administración de la vacuna).

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de tres factores:

- 1. Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización denominada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).**
  - La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están recomendadas por el ACIP y no tienen ningún costo para usted.
- 2. Dónde recibe la vacuna.**

**Capítulo 6 Qué debe pagar usted por los medicamentos de la Parte D**

---

- La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada en el consultorio del médico.

**3. Quién le administra la vacuna.**

- Un farmacéutico u otro proveedor puede administrarle la vacuna en la farmacia. O bien, un proveedor puede administrársela en el consultorio del médico.

Lo que debe pagar usted en el momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago de medicamentos** en la que se encuentre.

- Cuando recibe una vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del servicio del proveedor que se la administra. Puede solicitarle a nuestro plan que le reembolse la parte del costo que le corresponde. En el caso de la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- En otras ocasiones, cuando recibe una vacuna, paga únicamente su parte del costo conforme al beneficio de la Parte D. En cuanto a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no paga nada.

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

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

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

*Situación 2:* Usted recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando recibe la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del servicio del proveedor que se la administra.
- Luego, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte del costo que le corresponde siguiendo los procedimientos descritos en el Capítulo 7.

**Capítulo 6 Qué debe pagar usted por los medicamentos de la Parte D**

---

- En el caso de la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro o copago por la vacuna (incluida la administración).

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

- En el caso de la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no paga nada por la vacuna en sí.
- En cuanto a otras vacunas de la Parte D, paga a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administra la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de este servicio.
- Luego, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte del costo que le corresponde siguiendo los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- En el caso de la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna.

# **CAPÍTULO 7:**

## **Cómo solicitarnos que paguemos los servicios médicos o medicamentos cubiertos**

### **SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte de los servicios o medicamentos cubiertos**

---

Nuestros proveedores de la red facturan directamente a nuestro plan por los servicios y medicamentos cubiertos; usted no debería recibir una factura por los servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por atención médica o medicamentos que recibió, envíenosla para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la revisaremos y decidiremos si los servicios y medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.

**Si ya pagó por un servicio o artículo de Medicare cubierto por nuestro plan**, puede solicitarle a nuestro plan que le reembolse el pago (la devolución del dinero que pagó suele denominarse **reembolso**). Usted tiene derecho a recibir el reembolso por parte de nuestro plan cuando haya pagado más de la parte que le corresponde pagar por el costo de servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, la revisaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le reembolsaremos el costo de los servicios o medicamentos.

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 un monto superior a la parte del costo compartido que le corresponde. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más de los costos compartidos permitidos por el plan. Si se contrata a este proveedor, usted sigue teniendo derecho al tratamiento.

## **Capítulo 7 Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos**

---

Ejemplos de situaciones en las que podría necesitar solicitarle a nuestro plan que le reembolse un pago o que pague una factura que recibió:

### **1. Cuando recibió atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan**

- Puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que el proveedor forme parte de nuestra red. En estos casos, pídale al proveedor que emita la factura a nombre de nuestro plan.
- Si paga el monto total por su cuenta en el momento de recibir la atención, solicítenos que le reembolsemos el pago. Envíenos la factura junto con la documentación de todos los pagos que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que usted considera que no debe. Envíenos esta factura junto con la documentación de todos los pagos que haya realizado.
  - Si se le debe algún monto al proveedor, le pagaremos directamente.
  - Si usted ya pagó por el servicio, le reembolsaremos el pago.

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

Los proveedores de la red siempre le deben facturar directamente a nuestro plan. Sin embargo, a veces cometen errores y le solicitan que pague por sus servicios.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Solicite que le reembolsemos los servicios cubiertos.

### **3. Si se lo inscribe retroactivamente en nuestro plan**

A veces, la inscripción de una persona en nuestro plan es retroactiva. (Significa que ya ha pasado el primer día de su inscripción. La fecha de inscripción puede haber ocurrido incluso el año pasado).

Si se lo inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por alguno de sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos esos gastos. Debe presentar documentación, como recibos y facturas, para que podamos procesar el reembolso.

## **Capítulo 7 Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos**

---

### **4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir una receta**

Si va a una farmacia fuera de la red, la farmacia probablemente no pueda presentar la reclamación directamente a nosotros. Cuando esto sucede, usted debe pagar el costo total de su receta.

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reembolso de nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos las farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener más información sobre 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 el monto que pagaríamos en una farmacia de la red.

### **5. Cuando paga el costo total de una receta porque no tiene consigo la tarjeta de membresía de nuestro plan**

Si no tiene consigo la tarjeta de membresía de nuestro plan, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o que consulte la información de su inscripción en el plan. Si la farmacia no puede obtener de inmediato la información de inscripción que necesita, es posible que usted tenga que pagar el costo total de la receta.

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reembolso de nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado para la receta.

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

Es posible que pague el costo total de la receta porque descubre que, por algún motivo, el medicamento no está cubierto.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la Lista de medicamentos de nuestro plan o que tenga un requisito o una restricción que usted desconocía o que considera que no debería aplicarse en su caso. Si decide adquirir el medicamento inmediatamente, deberá pagar el costo total.
- Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle la parte del costo del medicamento que nos corresponde. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado para la receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o medicamento debe estar cubierto. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos la parte del costo del servicio o

## **Capítulo 7 Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos**

---

medicamento que nos corresponde. Si denegamos una solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

### **SECCIÓN 2      Cómo solicitarnos que le reembolsemos un pago o que paguemos una factura que recibió**

---

Puede pedirnos un reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, incluya su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea conservar una copia de la factura y los recibos para sus registros. **Debe presentarnos la reclamación dentro de los 90 días** posteriores a la fecha en que recibió el servicio o artículo. En el caso de los medicamentos, debe presentarnos la reclamación dentro de los 12 meses posteriores a la fecha en que recibió el medicamento.

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

#### **Reembolsos por servicios médicos:**

Health Choice Pathway  
ATTN: Reimbursement Services  
P.O. Box 52033  
Phoenix, AZ 85072

#### **Reembolsos de farmacia de la Parte D:**

Health Choice Pathway  
ATTN: Part D Claims  
6685 W Beardsley Rd Ste 230  
Glendale, AZ 85308

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Si no sabe lo que debería haber pagado o si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarle. También nos puede llamar si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

### **SECCIÓN 3      Consideraremos su solicitud de pago y le informaremos si la aprobamos o la rechazamos**

---

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

## **Capítulo 7 Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos**

---

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las reglas, pagaremos la parte del costo del servicio o medicamento que nos corresponde. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de la parte del costo que nos corresponde. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto 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 superior al precio que negociamos). Si aún no ha pagado por el servicio o medicamento, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o que usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos la parte del costo de la atención o del medicamento que nos corresponde. Le enviaremos una carta en la que se explicarán los motivos por los que no enviaremos el pago y sus derechos para apelar esa decisión.

### **Sección 3.1 Si le informamos que no pagaremos la totalidad o una parte de la atención médica o del medicamento, puede presentar una apelación**

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o con respecto al monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos específicos y fechas límites importantes. Para obtener información detallada sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9.

## **CAPÍTULO 8:**

# **Sus derechos y responsabilidades**

Como miembro de nuestro plan, usted tiene determinados derechos y responsabilidades:

1. Derecho a recibir información sobre nuestro plan, nuestros servicios, nuestros profesionales y proveedores, y los derechos y responsabilidades de los miembros.
2. Derecho a ser tratado con respeto, con reconocimiento de su dignidad y de su derecho a la privacidad.
3. Derecho a participar con los profesionales en la toma de decisiones sobre su atención médica.
4. Derecho a mantener una conversación franca sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para sus afecciones, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios.
5. Derecho a presentar quejas o apelaciones sobre nuestro plan o la atención que proporcionamos.
6. Derecho a hacer recomendaciones con respecto a la política de nuestro plan sobre los derechos y responsabilidades de los miembros.
7. Responsabilidad de proporcionar información (en la medida de lo posible) que nosotros y nuestros profesionales y proveedores necesitemos para brindar atención.
8. Responsabilidad de seguir los planes e instrucciones de atención que haya acordado con sus profesionales.
9. Responsabilidad de comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento acordados mutuamente, en la medida de lo posible.

Las secciones que aparecen a continuación describen estos derechos y responsabilidades con mayor detalle.

### **SECCIÓN 1      Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales**

---

#### **Section 1.1      We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, braille, large print, or other alternate formats, etc.)**

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

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

cultural and ethnic backgrounds. Examples of how our plan may meet these accessibility requirements include, but aren't limited to, provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in languages other than English including Spanish, braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at **1-800-656-8991** (TTY users call **711**).

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

"Direct access" means we cannot require women to obtain a referral or prior authorization as a condition to receiving such services from specialists in the network.

Women's health specialists include, but are not limited to:

- Obstetricians.
- Gynecologists.
- Certified nurse midwives.

Routine and preventive health care services include, but are not limited to:

- Prenatal care.
- Breast exams.
- Mammograms.
- Pap tests.

If providers in our plan's network for a specialty aren't available, it's our plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you'll only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in our plan's network that covers a service you need, call our plan for information on where to go to get this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with Member Services at **1-800-656-8991** (TTY **711**) 8 a.m. to 8 p.m., seven days a week. You can also file a complaint with Medicare by calling **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** or directly with the Office for Civil Rights **1-800-368-1019** or TTY **1-800-537-7697**.

**Sección 1.1 Debemos proporcionar información de una manera que sea adecuada para usted y acorde con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, braille, letra grande u otros formatos alternativos, etc.)**

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los miembros, incluidas las personas con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, proporcionar servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de intérpretes gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en idiomas distintos del inglés, incluido el español, en braille, letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si la necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para recibir información de una manera que sea adecuada para usted, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Es imprescindible que nuestro plan brinde a las mujeres la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina de la mujer.

“Acceso directo” significa que no podemos exigir que las mujeres obtengan una remisión o autorización previa como condición para recibir dichos servicios de especialistas de la red.

Los especialistas en salud de la mujer incluyen, entre otros, los siguientes:

- Obstetras.
- Ginecólogos.
- Enfermeras parteras certificadas.

Los servicios de atención médica preventiva y de rutina incluyen, entre otros, los siguientes:

- Atención prenatal.
- Exámenes de los senos.
- Mamografías.
- Pruebas de Papanicolaou.

Si no hay proveedores disponibles en la red de nuestro plan para una especialidad, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará el costo compartido correspondiente a los servicios dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre dónde puede recibir dicho servicio con el costo compartido correspondiente a los servicios 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 Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (TTY: **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, para presentar una queja. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al **1-800-368-1019** o, para TTY, al **1-800-537-7697**.

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

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red de nuestro plan para que proporcione y coordine sus servicios cubiertos. También tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de contar con una remisión. No exigimos que obtenga remisiones para consultar a proveedores de la red.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan *dentro de un período razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunamente de especialistas cuando necesita este tipo de atención. También tiene derecho a adquirir sus medicamentos con receta o reposiciones de recetas en cualquiera de las farmacias de la red sin largas demoras.

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

**Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal**

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros y su información médica personal. Protegemos su información médica personal según lo exigen estas leyes.

- Su información médica personal incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control de cómo se utiliza su información médica. Le proporcionamos un aviso por escrito, denominado *Aviso de prácticas de privacidad*, en el que se describen estos derechos y se explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

**¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?**

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no puedan leer ni cambiar sus registros.
- Excepto en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información médica a una persona que no participe en su atención ni en el pago de su atención, *debemos obtener primero su autorización por escrito o la de una persona a quien usted haya otorgado autoridad legal para tomar decisiones en su nombre.*
- Existen determinadas excepciones que no requieren que obtengamos primero su autorización por escrito. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.
  - Estamos obligados a divulgar información médica a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
  - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos proporcionar a Medicare su información médica, incluida la información sobre sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información para fines de investigación u otros usos, lo hará de conformidad con las leyes y regulaciones federales; por lo general, esto requiere que no se comparta información que lo identifique de manera exclusiva.

**Puede consultar la información de sus registros y saber cómo se ha compartido con otras personas**

Tiene derecho a consultar los registros médicos que conserva nuestro plan y a obtener una copia de estos. Se nos permite cobrarle un cargo por hacer copias. También tiene derecho a solicitar que agreguemos información o que corrijamos su historia clínica. Si nos solicita que lo hagamos, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si deben realizarse los cambios.

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

**Aviso de prácticas de privacidad de Health Choice Pathway****Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.**

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

El contenido detallado aquí ha sido adaptado del aviso de prácticas de privacidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica, y cómo usted puede acceder a esta información. Revíselo detenidamente.

**Sus derechos****Usted tiene derecho a lo siguiente:**

- Recibir una copia de sus registros de salud y registros de reclamaciones
- Corregir su registro de salud y registro de reclamaciones
- Solicitar comunicaciones confidenciales
- Pedir que limitemos la información que divulgamos
- Recibir una lista de aquellas personas con las que hayamos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien para actuar en representación suya
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad

**Sus opciones****Usted puede elegir cómo usamos y divulgamos su información cuando se presentan las siguientes circunstancias:**

- Respondemos preguntas de cobertura de su familia y amigos
- Brindamos asistencia en caso de desastres

**Nuestros usos y divulgaciones**

Podemos usar y compartir (divulgar) su información en situaciones relativas a lo siguiente:

- Ayudar a gestionar el tratamiento médico que recibe
- Administrar nuestra organización
- Pagar por sus servicios de salud
- Administrar su plan de salud
- Ayudar con problemas de salud y seguridad pública
- Hacer investigaciones
- Cumplir con la ley
- Responder a una solicitud de donación de órganos o tejidos y trabajar con un médico forense o director de una funeraria
- Pagar la compensación de los trabajadores, cumplir con la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Responder a demandas y acciones legales

**Sus derechos**

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. En esta sección se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Para poner en práctica cualquiera de estos derechos, llame a Servicio al Cliente al número que figura en su tarjeta de identificación o llame a la oficina de privacidad al **1-602-864-2255** o al **1-800-232-2345, ext. 2255**.

**Recibir una copia de sus registros de salud y registros de reclamaciones**

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y de reclamaciones, así como de otra información médica que tengamos sobre usted. Para preguntarnos cómo hacerlo, llame a Servicio al Cliente al número que figura en su tarjeta de identificación.
- Le daremos una copia o un resumen de sus registros de salud y de reclamaciones, generalmente, dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podríamos cobrarle un importe razonable basado en el costo.

**Pedirnos que corrijamos sus registros de salud y registros de reclamaciones**

- Puede pedirnos que corrijamos sus registros de salud y de reclamaciones si cree que son incorrectos o que están incompletos. Para preguntarnos cómo hacerlo, llame a Servicio al Cliente al número que figura en su tarjeta de identificación.
- Podríamos rechazar su solicitud, pero le diremos la razón, por escrito, en un plazo de 60 días.

**Pedirnos que las comunicaciones sean confidenciales**

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa u oficina) o que enviemos la correspondencia por vía postal a una dirección diferente.
- Tomaremos en consideración todas las solicitudes razonables, y deberemos aceptarlas si nos dice que al no hacerlo usted estaría en peligro.

**Pedirnos que limitemos qué información usamos o divulgamos**

- Puede pedirnos que no usemos ni divulguemos determinada información médica sobre tratamientos, pagos o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos rechazarla si afectaría su atención médica.

**Recibir una lista de aquellas personas con las que hemos compartido información**

- Puede pedir una lista (llamada una solicitud de informe) de las veces que hemos compartido su información médica, con quién la hemos compartido y por qué lo hicimos, hasta seis años antes de la fecha en la que haga la solicitud.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

cualquiera que nos haya pedido que hagamos). Le daremos un informe al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de los 12 meses.

**Obtener una copia de este aviso de privacidad**

Usted puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibir el aviso electrónicamente. Le daremos una copia impresa con prontitud.

**Elegir a alguien para que actúe en representación suya**

- Si le ha otorgado a alguien un poder notarial para cuestiones médicas o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y hacer elecciones acerca de su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y que pueda actuar en su nombre antes de que tomemos cualquier medida.

**Presentar una queja si considera que se violan sus derechos**

Si considera que se han violado sus derechos, usted puede presentar una queja con nosotros de las siguientes maneras:

- Correo postal: **AZ Blue Privacy Office P.O. Box 13466, C300 Phoenix, AZ 85002-3466**
- Teléfono: **1-602-864-2255** o **1-800-232-2345, ext. 2255**
- Correo electrónico: **PrivacyOffice@azblue.com**

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de las siguientes maneras:

- Correo postal: **200 Independence Ave., S.W. Washington, D.C. 20201**
- Teléfono: **1-877-696-6775**
- En línea: **[hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html](https://hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html)**

No tomaremos represalias en contra de usted si presenta una queja.

**Sus opciones**

Usted tiene derecho a elegir personas específicas, ya sean familiares, amigos cercanos u otros individuos, con los que podemos compartir determinada información médica, en situaciones específicas. Son las siguientes:

1. Personas que estén involucradas en ayudarle a recibir atención médica o pagar servicios, como las que se ejemplifican a continuación:
  - a. Un amigo que a veces va a recoger las recetas por usted
  - b. Un familiar cercano que se encarga de sus facturas médicas
  - c. Un hijo o una hija que va con usted a las consultas médicas

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

**2. Las personas que quiere que contactemos en caso de una emergencia médica**

En una situación de desastre, puede que le convenga que compartamos su información médica protegida con entidades públicas o privadas a las que la ley permite tener esta información para ayudar en los esfuerzos de socorro en caso de desastres. Sin embargo, la elección es de usted. Puede comunicarnos si nos da su permiso o no para compartir su información con organizaciones de socorro en caso de desastres.

Si tiene una preferencia clara sobre cómo debemos compartir su información en alguna de las situaciones detalladas anteriormente, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones. Si no es capaz de expresar su preferencia (por ejemplo, si está inconsciente), podemos proceder a compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir un amenaza grave e inminente para su salud o su seguridad.

En los siguientes casos, nunca divulgamos su información, a menos que usted nos lo autorice por escrito:

- Fines comerciales
- Venta de su información

**Nuestros usos y divulgaciones****¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información médica?**

Solemos usar y divulgar su información médica para lo siguiente:

**Ayudar a gestionar el tratamiento médico que recibe**

Podemos usar su información médica y compartirla con los profesionales que le brindan tratamiento.

Ejemplo: Un médico nos envía información acerca de su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.

**Administrar nuestra organización**

- Podemos usar y divulgar su información para administrar nuestra organización y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.
- No nos está permitido usar información genética para decidir si le daremos cobertura ni para decidir el costo de la cobertura. Esto no aplica a planes de atención médica prolongados.
  - Ejemplo: Usamos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted.

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

**Pagar por sus servicios de salud**

Podemos usar y divulgar su información médica mientras pagamos sus servicios de salud.

Ejemplo: Compartimos su información con su plan dental para coordinar el pago de sus procedimientos dentales.

**Administrar su plan**

Podemos divulgar su información médica con el patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.

Ejemplo: Su empresa tiene un contrato con nosotros para proveer un plan de salud, y nosotros le proporcionamos a su empresa ciertas estadísticas para justificar las primas que cobramos.

**¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?**

Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras, en general, de maneras que contribuyan al bien común, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones conforme a la ley antes de poder compartir su información con estos fines. Para obtener más información, visite <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html>

**Ayuda con cuestiones de seguridad y salud pública**

Podemos divulgar su información médica para ciertos fines determinados de salud pública, por ejemplo, los siguientes:

- Prevenir enfermedades
- Ayudar con el retiro del mercado de ciertos productos
- Reportar reacciones adversas (como efectos secundarios negativos o reacciones alérgicas) a medicamentos
- Informar de sospechas de abuso, negligencia o violencia intrafamiliar
- Prevenir o disminuir un riesgo grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

**Hacer investigaciones**

Podemos usar o compartir su información para investigaciones médicas

**Cumplir con la ley**

Compartiremos su información si las leyes estatales o federales lo exigen, incluido el Departamento de Salud y Servicios Humanos, en caso de que dicho departamento quiera verificar que estemos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

**Responder a una solicitud de donación de órganos y tejidos, y trabajar con un médico forense o director de una funeraria**

- Podemos divulgar su información médica con organizaciones que trabajan con donación y trasplante de órganos, ojos o tejido.

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

- Cuando una persona muere, podemos compartir su información médica con un funcionario forense, médico forense o el director de una funeraria.

**Pago de la compensación de los trabajadores, cumplimiento de la ley u otros pedidos gubernamentales**

Podemos usar o compartir su información médica:

- Por reclamaciones de compensación de los trabajadores
- Para cumplir con la ley o con un oficial de las fuerzas policiales
- Con agencias que supervisan la salud para actividades autorizadas por ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como el ejército, la seguridad nacional o servicios de protección presidencial

**Respuesta a demandas y acciones legales**

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

**Reglas especiales para el uso y divulgación de los registros del trastorno por uso de sustancias (SUD)**

Podríamos obtener información sobre su trastorno por uso de sustancias (Substance Use Disorder, SUD) de parte de proveedores o programas que siguen la ley federal (Título 42 del CFR, Parte 2). Si recibimos esta información de parte de alguien como su proveedor de servicios por el SUD, podemos usarla o compartirla como esté permitido bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Sin embargo, no usaremos ni compartiremos su información del SUD ni hablaremos de ello en procesos judiciales, legales o gubernamentales, a menos que usted nos dé permiso por escrito o que algún tribunal nos los exija de manera legal.

**Nuestras responsabilidades**

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida (Protected Health Information, PHI).
- Le informaremos de inmediato si hay alguna violación que comprometa su privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad detalladas en este aviso.
- Si pide una copia impresa de este aviso, debemos darle una.
- No usaremos ni compartiremos su información para nada que no esté descrito aquí a no ser que nos indique por escrito que podemos compartirla. Si nos lo autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Avísenos por escrito si cambió de opinión.

**Para obtener más información, visite**

**[hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](https://hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)**

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

**Cambios a las condiciones 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 tengamos sobre usted. Si lo hacemos, publicaremos un aviso revisado en nuestra página web, [azblue.com/hcpathway](http://azblue.com/hcpathway). En nuestro correo anual posterior a los cambios hechos, incluiremos una copia del aviso revisado o una explicación de los cambios, así como también indicaciones sobre cómo obtener una copia del aviso revisado.

Si usted o alguien a quien está ayudando tiene preguntas sobre Health Choice Pathway HMO D-SNP, tiene derecho a recibir ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Obtenga más información en: [azblue.com/hcpathway](http://azblue.com/hcpathway)

Lea nuestro Aviso sobre la no discriminación en: [azblue.com/hcpathway](http://azblue.com/hcpathway)

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

Como miembro de Health Choice Pathway, usted tiene derecho a recibir varios tipos de información de nosotros.

Tiene derecho a recibir información sobre nuestro plan, nuestros servicios, nuestros profesionales y proveedores, y los derechos y responsabilidades de los miembros. Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (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 de la red.** Tiene derecho a recibir información sobre las credenciales de los proveedores y las farmacias de nuestra red y sobre cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir cuando utiliza su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 contienen información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 contienen información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 contiene información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto o por qué su

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

cobertura está restringida. El Capítulo 9 también contiene información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, lo que también se denomina apelación.

- **Información sobre sus derechos y responsabilidades.**

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

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

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

- **Tiene derecho a conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a recibir información sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, independientemente de su costo o de si están cubiertas por nuestro plan. También incluye obtener información sobre programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y a utilizarlos con seguridad.
- **Tiene derecho a conocer los riesgos.** Tiene derecho a recibir información sobre cualquier riesgo relacionado con su atención. Debe conocer anticipadamente si cualquier atención médica o tratamiento propuesto es parte de una investigación experimental. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Tiene derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar el hospital u otro centro médico, aun si el médico le recomienda no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Si rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, acepta plena responsabilidad por las consecuencias que esto pueda tener para su salud.

**Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo.**

A veces, los pacientes están incapacitados para tomar decisiones sobre su atención médica a causa de un accidente o una enfermedad seria. Tiene derecho a expresar lo que desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede hacer lo siguiente:

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

- Completar un formulario por escrito para otorgar **a otra persona la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre** si alguna vez usted no puede tomar decisiones por sí mismo.
- **Dar instrucciones por escrito a sus médicos** sobre cómo desea que manejen su atención médica si usted no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan voluntades anticipadas. Documentos como el testamento vital y el poder para la atención médica son ejemplos de voluntades anticipadas.

Una directiva anticipada es un documento legal que le permite expresar sus deseos sobre la atención médica o designar a una persona para que tome decisiones de atención médica en su nombre si usted no puede tomar o comunicar esas decisiones por sí mismo. Esto ayuda a mantener el control sobre su tratamiento médico si queda incapacitado. Algunos tipos comunes de directivas anticipadas son el testamento vital y el poder notarial para la atención médica, que pueden utilizarse para proporcionar instrucciones y orientación sobre su atención futura. **Cómo establecer una directiva anticipada para dar instrucciones:**

- **Obtenga un formulario.** Puede obtener un formulario de directiva anticipada de su abogado, un trabajador social o algunas tiendas de suministros de oficina. A veces, puede obtener un formulario de directivas anticipadas de organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para solicitar los formularios.
- **Complete y firme el formulario.** Independientemente de dónde obtenga el formulario, se trata de un documento legal. Considere pedirle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas correspondientes.** Entregue una copia a su médico y a la persona que haya designado en el formulario para tomar decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo. Tal vez desee entregar copias a amigos cercanos o familiares. Conserve una copia en su hogar.

Si sabe con anticipación que será hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital.**

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

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

**Completar una directiva anticipada es decisión suya** (incluido decidir si desea firmar una mientras está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo por haber firmado o no una directiva anticipada.

**Si no se siguen sus instrucciones**

Si firma una directiva anticipada y considera que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante el Departamento de Servicios de Salud de Arizona. La dirección es 150 N. 18th Ave, Phoenix, AZ 85007. Número de teléfono para información general y pública: **1-602-542-1025**, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.; fax: **1-602-542-0883**; o visite el sitio web en [www.azdhs.gov](http://www.azdhs.gov).

De conformidad con la ley de Arizona (A.R.S. §§ 36-3201 y siguientes), tiene derecho a establecer una directiva anticipada y a aceptar o rechazar tratamiento médico. Las directivas anticipadas de Arizona pueden incluir un poder notarial para la atención médica, un testamento vital, un poder notarial para la atención de salud mental o una directiva de atención médica prehospitalaria (Do Not Resuscitate, DNR).

Proporcionamos educación sobre las directivas anticipadas a los miembros y a la comunidad, tanto directamente como a través de proveedores participantes y otras organizaciones contratadas.

**Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que tomamos**

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

**Sección 1.7 Si considera que recibe un trato injusto o que no se respetan sus derechos**

Si considera que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, estado de salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al **1-800-368-1019** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-537-7697**) o llame a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si considera que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para resolver el problema a través de los siguientes recursos:

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

- **Llame a Servicios para Miembros de nuestro plan al 1-800-656-8991 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame al programa SHIP local al 1-800-432-4040.**
- **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**

Puede obtener más información sobre sus derechos a través de los siguientes recursos:

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-800-656-8991 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame al programa SHIP local al 1-800-432-4040**
- **Comuníquese con Medicare**
  - Visite **[Medicare.gov](https://www.medicare.gov)** para leer la publicación *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 1.9      Tiene derecho a hacer recomendaciones sobre la política de la organización relativa a los derechos y responsabilidades de los miembros**

Si desea hacer recomendaciones sobre la política de la organización relativa a los derechos y responsabilidades de los miembros, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

**Sección 1.10      Health Choice Pathway evalúa nuevas tecnologías para su inclusión como beneficio cubierto**

Health Choice Pathway ha establecido un proceso para abordar y evaluar el uso apropiado de nuevos desarrollos en tecnología médica y nuevas aplicaciones de tecnologías existentes para su inclusión como beneficio cubierto. Los nuevos dispositivos y procedimientos médicos son evaluados por el equipo de administración médica de Health Choice Pathway para lo siguiente:

- Mantenerse al día con los cambios continuos en la tecnología médica.
- Garantizar que nuestros miembros reciban una atención segura, eficaz y basada en la evidencia.

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

- Revisar la información de los organismos reguladores gubernamentales apropiados, como la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos.
- Obtener información de especialistas y profesionales con conocimientos únicos sobre la tecnología específica revisada.
- Mantener el cumplimiento de todos los organismos reguladores federales y estatales y agencias de acreditación aplicables a los planes de Health Choice Pathway.

---

**SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan**

---

A continuación se indican las cosas que debe hacer como miembro de nuestro plan. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y con las reglas que debe seguir para recibirlos.** Use esta *Evidencia de cobertura* para conocer qué servicios están cubiertos y las reglas que debe seguir para recibirlos.
  - Los Capítulos 3 y 4 contienen detalles sobre los servicios médicos.
  - Los Capítulos 5 y 6 contienen detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene cualquier otra cobertura médica o de medicamentos además de nuestro plan, nos lo debe informar.** El Capítulo 1 contiene 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 la tarjeta de membresía de nuestro plan y su tarjeta de AHCCCS (Medicaid) siempre que reciba atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Colabore en la atención que le brindan sus médicos y otros proveedores proporcionándoles información, haciéndoles preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
  - Para recibir la mejor atención, informe a sus médicos y a otros profesionales de atención médica sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
  - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

- Si tiene preguntas, asegúrese de hacerlas y de recibir una respuesta que pueda comprender.
- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que se comporte de una manera que contribuya al buen funcionamiento de los consultorios médicos, hospitales y otros centros de atención.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
  - Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
  - Para la mayoría de los medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar la parte del costo que le corresponde cuando obtiene el medicamento.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, debemos saberlo** para 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 continuar siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios).**

# **CAPÍTULO 9:**

## **Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

### **SECCIÓN 1      Qué hacer si tiene un problema o una inquietud**

---

En este Capítulo se describen los procesos para tratar problemas e inquietudes. El proceso que debe utilizar para resolver su problema depende de dos factores:

1. Si su problema está relacionado con beneficios cubiertos por **Medicare** o por AHCCCS (**Medicaid**). Si necesita ayuda para decidir si debe utilizar el proceso de Medicare, el proceso de AHCCCS (Medicaid) o ambos, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).
2. El tipo de problema que tenga:
  - Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
  - Para otros problemas, debe utilizar el **proceso para presentar quejas** (también denominadas quejas formales).

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene ciertas normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

La información de este capítulo le ayudará a identificar el proceso adecuado que debe utilizar y qué debe hacer.

#### **Sección 1.1      Términos legales**

En algunas normas, procedimientos y tipos de plazos explicados en este Capítulo, se utilizan términos legales. Muchos de estos términos no son conocidos por la mayoría de las personas. Para facilitar la comprensión, en este capítulo se utilizan palabras más conocidas en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a saber qué términos utilizar a fin de obtener la ayuda o la información adecuadas, incluimos

estos términos legales cuando proporcionamos detalles sobre cómo abordar situaciones específicas.

## **SECCIÓN 2      Dónde obtener más información y ayuda personalizada**

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre el trato que recibió de nuestra parte, tenemos la obligación de respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debe llamar a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener ayuda. En algunas situaciones, también puede solicitar ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Hay dos organizaciones que pueden ayudarle:

### **Programa Estatal de Asistencia con los Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).**

Cada estado cuenta con un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender qué proceso debe utilizar para resolver un problema que tenga. También pueden responder preguntas, proporcionarle más información y orientarlo sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Comuníquese con Arizona SHIP al **1-800-432-4040** o, para obtener más información y datos de contacto adicionales, consulte el Capítulo 2, Sección 3, de este documento.

### **Medicare**

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda:

- Llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- Visite **[Medicare.gov](https://www.medicare.gov)**.

**Puede obtener asistencia e información de AHCCCS (Medicaid).**

### **Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) (programa Medicaid de Arizona): información de contacto**

**Llame**

**1-855-HEA-PLUS o 1-855-432-7587**

Las llamadas a este número son gratuitas.  
Lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. excepto los días festivos estatales.

|                  |                                                                                                                                                                                                        |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TTY</b>       | <b>1-800-842-6520</b><br><br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br><br>Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. |
| <b>Escriba</b>   | AHCCCS<br>801 E Jefferson Street<br>Phoenix, AZ 85034                                                                                                                                                  |
| <b>Sitio web</b> | <b><u><a href="http://www.azahcccs.gov">www.azahcccs.gov</a></u></b>                                                                                                                                   |

**Puede obtener asistencia e información de la defensoría ciudadana del Programa del Defensor del Pueblo del Estado de Arizona.**

**Defensoría ciudadana del Programa del Defensor del Pueblo de Arizona:  
información de contacto**

|                  |                                                                                                                   |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llame</b>     | <b>1-602-277-7292</b><br><br>Abierto de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. excepto los días festivos estatales. |
| <b>Escriba</b>   | Arizona Ombudsman- Citizen's Aide<br>2020 N Central Ave., Suite 570<br>Phoenix, AZ 85004                          |
| <b>Sitio web</b> | <b><u><a href="http://www.azoca.gov">www.azoca.gov</a></u></b>                                                    |

**Puede obtener asistencia e información del Defensor del Pueblo de la Atención a Largo Plazo del Estado de Arizona.**

**Programa del Defensor del Pueblo de la Atención a Largo Plazo del Estado de Arizona: información de contacto**

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llame</b>     | <b>1-602-542-6454</b><br><br>Agencia para Personas Mayores del Área, condado de Maricopa,<br><b>1-602-264-4357</b><br><br>Consejo para Personas Mayores del Norte de Arizona, condados de Yavapai, Coconino, Navajo y Apache, <b>1-877-521-3500</b><br><br>Consejo para Personas Mayores del Oeste de Arizona, condados de Mohave, La Paz y Yuma, <b>1-928-217-7114</b><br><br>División para Personas Mayores de Arizona Central, condados de Pinal y Gila, <b>1-520-836-2758</b><br><br>Organización de Gobiernos del Sureste de Arizona, condados de Cochise, Graham, Greenlee y Santa Cruz, <b>1-520-432-2528</b><br><br>Agencia para Personas Mayores del Área de Navajo, Nación Navajo, <b>1-602-542-6454 o 1-602-542-6432</b><br><br>21 Naciones Tribales, Consejo Intertribal de Arizona, <b>1-800-591-9370</b><br><br>Abierto de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. excepto los días festivos estatales. |
| <b>Escriba</b>   | Office of the State Long Term Care Ombudsman<br>Division of Aging and Adult Services<br>1789 W Jefferson Ave, Mail Drop 6288<br>Phoenix, AZ 85007<br><b>Correo electrónico:</b> <a href="mailto:ltcop@azdes.gov">ltcop@azdes.gov</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Sitio web</b> | <b><a href="https://des.az.gov/LTCOP">https://des.az.gov/LTCOP</a></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

**Puede obtener ayuda e información de Commence Health**

**Commence Health (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Arizona): información de contacto**

|              |                       |
|--------------|-----------------------|
| <b>Llame</b> | <b>1-877-588-1123</b> |
| <b>TTY</b>   | <b>711</b>            |

|                  |                                                                                                                                         |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                  | Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.                |
| <b>Escriba</b>   | BFCC-QIO Program<br>Commence Health<br>PO Box 2687<br>Virginia Beach, VA 23454<br><b>Correo electrónico:</b> communications@commence.ai |
| <b>Sitio web</b> | <b><u><a href="https://www.commencehealthqio.cms.gov/en">https://www.commencehealthqio.cms.gov/en</a></u></b>                           |

## **SECCIÓN 3      Qué proceso debe utilizar para su problema**

---

Debido a que tiene Medicare y recibe ayuda de AHCCCS (Medicaid), existen diferentes procesos que puede utilizar para resolver su problema o queja. El proceso que debe utilizar depende de si el problema está relacionado con los beneficios de Medicare o con los beneficios de AHCCCS (Medicaid). Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicare, utilice el proceso de Medicare. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por AHCCCS (Medicaid), utilice el proceso de AHCCCS (Medicaid). Si necesita ayuda para decidir si debe utilizar el proceso de Medicare o el proceso de AHCCCS (Medicaid), llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

El proceso de Medicare y el proceso de AHCCCS (Medicaid) se describen en partes diferentes de este Capítulo. Para saber qué parte debe leer, utilice la tabla a continuación.

---

### **¿Su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o los beneficios de AHCCCS (Medicaid)?**

Mi problema está relacionado con los beneficios de **Medicare**.

Consulte la **Sección 4, Cómo resolver problemas relacionados con sus beneficios de Medicare**.

Mi problema está relacionado con la cobertura de AHCCCS (**Medicaid**).

Consulte la **Sección 12, Cómo resolver problemas relacionados con sus beneficios de AHCCCS (Medicaid)**.

## **SECCIÓN 4      Cómo resolver problemas relacionados con sus beneficios de Medicare**

---

### **¿Su problema o duda están relacionados con sus beneficios o cobertura?**

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

**Sí.**

Consulte la **Sección 5, Guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones**.

**No.**

Consulte la **Sección 11, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**.

---

## **Decisiones de cobertura y apelaciones**

---

## **SECCIÓN 5      Guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones**

---

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se ocupan de problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, generalmente nos referimos a los artículos médicos, los servicios y los medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Puede utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para cuestiones tales como determinar si algo está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

### **Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios**

Si desea saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si un médico de la red de nuestro plan lo remite a un especialista médico que no pertenece a 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 que la *Evidencia de cobertura* indique claramente que el servicio al que fue remitido nunca está cubierto bajo ninguna circunstancia. 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 si se niega a proporcionarle la atención médica que usted considera que necesita.

En circunstancias limitadas se desestimará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud son: si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para ello, o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se 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 pagaremos. En algunos casos, podemos decidir 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.

### **Presentar una apelación**

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que reciba un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos. En determinadas circunstancias, puede solicitar una apelación acelerada o **apelación rápida** de una decisión de cobertura. Otros revisores, que no son los que tomaron la decisión desfavorable original, son los encargados de revisar su apelación original.

El proceso de apelar una decisión por primera vez se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si cumplimos correctamente con las reglas. Cuando finalizamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas se desestimará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud son: si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para ello, o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

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

- No tiene que hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación relacionada con atención médica al Nivel 2 si no aceptamos por completo su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 relacionadas con la atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se explican en la Sección 7.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. En este capítulo se explican los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5.

### **Sección 5.1      Cómo obtener ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación**

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

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-800-656-8991 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia con los Seguros de Salud.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación después del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario *Nombramiento de Representante*. El formulario también está disponible en [CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web en [azblue.com/hcpathway](https://azblue.com/hcpathway).
  - Para la atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, se remitirá automáticamente al Nivel 2.
  - Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otro profesional que emite las recetas puede solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o profesional que le emite las recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a otra persona que actúe en su nombre.** Puede designar a otra persona para que actúe como su representante y solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.
  - Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) y solicite el formulario *Nombramiento de Representante*. (El formulario

también está disponible en [CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web en [azblue.com/hcpathway](https://azblue.com/hcpathway)). Mediante este formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Tanto usted como la persona que desea que actúe en su nombre deben firmarlo. Usted debe entregarnos 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 que venza nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, se desestimarán la solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho a solicitar que la organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar la apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de uno a través del colegio de abogados de su localidad u otro servicio de remisión. Hay organizaciones que ofrecen servicios legales gratuitos si reúne los requisitos. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar ningún tipo de decisión de cobertura ni para apelar una decisión.

## **Sección 5.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones**

Existen cuatro situaciones diferentes relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. A continuación, proporcionamos información detallada sobre cada una de estas situaciones:

- **Sección 6:** Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8:** Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que le están dando el alta demasiado pronto
- **Sección 9:** Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto (*se aplica únicamente a estos servicios:* atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios [CORF]).

Si no está seguro de qué información se aplica a su situación, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). También puede obtener ayuda o información del programa SHIP.

## **SECCIÓN 6      Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación**

---

### **Sección 6.1      Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o desea que le reembolsemos el costo de su atención**

Sus beneficios de atención médica se describen en el Capítulo 4, en la Tabla de beneficios médicos. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a las solicitudes relacionadas con un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos de la Parte B de las reglas para los artículos y servicios médicos.

En esta Sección se explica qué puede hacer usted si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. No está recibiendo determinada atención médica que desea y considera que nuestro plan cubre esa atención. **Solicite una decisión de cobertura. Consulte la Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea proporcionarle y usted considera que nuestro plan cubre esa atención. **Solicite una decisión de cobertura. Consulte la Sección 6.2.**
3. Recibió atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir, pero le informamos que no pagaremos por esa atención. **Presente una apelación. Consulte la Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir y desea solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de esa atención. **Envíenos la factura. Consulte la Sección 6.5.**
5. Le informan que la cobertura de determinada atención médica que ha estado recibiendo y que aprobamos anteriormente se reducirá o finalizará, y usted considera que reducir o interrumpir esa atención podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Consulte la Sección 6.3.**

**Nota: Si la cobertura que finalizará corresponde a atención hospitalaria, atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), consulte las Secciones 8 y 9. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.**

## Sección 6.2      Cómo solicitar una decisión de cobertura

### **Términos legales:**

Una decisión de cobertura relacionada con su atención médica se denomina **determinación de la organización**.

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

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

**Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma dentro de los siete días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, dentro de los 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios, o dentro de las 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, se toma una decisión rápida de cobertura en un plazo de 72 horas, para los servicios médicos, o de 24 horas para los medicamentos de la Parte B.** Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* cuando los plazos estándar podrían perjudicar gravemente su salud o afectar su capacidad para recuperar una función.

**Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**

**Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que le proporcionemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta para lo siguiente:

- Explicarle que aplicaremos los plazos estándar.
- Explicarle que, si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, se la proporcionaremos automáticamente.
- Explicarle que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

### **Paso 2: Solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.**

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

**Paso 3: Consideraremos su solicitud de cobertura de atención médica y le comunicaremos nuestra respuesta.**

*Para las decisiones de cobertura estándar aplicamos los plazos estándar.*

**Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los siete días calendario después de recibir su solicitud de un artículo o servicio médico que esté sujeto a nuestras reglas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico solicitado no está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si su solicitud es por un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibirla.**

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para llegar a una decisión si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.
- Si considera 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 que se utiliza para las decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

*Para tomar decisiones rápidas sobre la cobertura utilizamos un calendario acelerado.*

**Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta dentro de las 72 horas si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si su solicitud es por un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas.**

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para llegar a una decisión si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar *una queja rápida*. (Consulte la Sección 11 para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una explicación por escrito de los motivos de nuestra decisión.

#### **Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede presentar una apelación.**

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

### **Sección 6.3      Cómo presentar una apelación de Nivel 1**

#### **Términos legales:**

Una apelación ante nuestro plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina **reconsideración del plan**.

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

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

**Una apelación estándar suele presentarse en un plazo de 30 días naturales o de siete días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida se realiza generalmente en un plazo de 72 horas.**

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención, usted o su médico deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una apelación rápida, se la proporcionaremos.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que corresponden para obtener una decisión de cobertura rápida detallados en la Sección 6.2 de este Capítulo.

#### **Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida.**

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra decisión de cobertura. Si usted no cumple este plazo y tiene una justificación para no haberlo cumplido, explique el motivo por el que su apelación se retrasó cuando presente su apelación. Le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos válidos pueden incluir una enfermedad grave que le impidió

comunicarse con nosotros o que le hayamos proporcionado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Usted puede solicitar una copia de la información concerniente a su decisión médica. Si lo desea, usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.**

### **Paso 3: Consideraremos su apelación y le comunicaremos nuestra respuesta.**

- Cuando revisamos su apelación, analizamos cuidadosamente toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario y es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico.

### ***Plazos para una apelación rápida***

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos una respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
  - Si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos **tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.
  - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, o antes de que finalice el período de tiempo extendido si nos tomamos días adicionales, debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. En la Sección 6.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y remitiremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

### ***Plazos para una apelación estándar***

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no ha recibido, le daremos una respuesta **dentro de los siete días**

**calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.

- Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para llegar a una decisión si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.
  - Si considera que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas. (Consulte la Sección 11 para obtener información sobre las quejas).
  - Si no le damos una respuesta dentro del plazo correspondiente, o antes de que finalice el 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 6.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es por un artículo o servicio médico, o **dentro de los siete días calendario** si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.
  - **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

## **Sección 6.4      Proceso de apelación de Nivel 2**

### **Término legal:**

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

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que hemos tomado es correcta o si hay que cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Enviaremos a esta organización la información relacionada con su apelación. Esta información se denomina **expediente del caso. Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

***Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2.***

- Para una apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de recibirla.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. Si se toma días adicionales, se lo notificará por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para llegar a una decisión si su solicitud es por 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 una apelación estándar, si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** después de recibirla. Si su solicitud es por un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **dentro de los siete días calendario** después de recibirla.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. Si se toma días adicionales, se lo notificará por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para llegar a una decisión si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.

**Paso 2: La organización de revisión independiente le comunicará la respuesta.**

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica dentro de las **72 horas** o proporcionar el servicio dentro de los 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B dentro de las **72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para **las solicitudes estándar**. Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud, o una parte de ella, de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:
  - Explicarle la decisión.
  - Informarle sobre su derecho a presentar una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que solicita alcanza un monto mínimo determinado. La notificación escrita que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el importe que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelación.
  - Indicarle cómo presentar una apelación de Nivel 3.

**Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea continuar con su apelación.**

- Después del Nivel 2, hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones, lo que da un total de cinco niveles de apelación. Si desea presentar una apelación de Nivel 3, encontrará información detallada sobre cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibirá después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador. En la Sección 10 se explican los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5.

### **Sección 6.5 Si nos solicita que le reembolsemos una factura que recibió por atención médica**

**Si ya pagó por un servicio o artículo de AHCCCS (Medicaid) cubierto por nuestro plan, solicite a nuestro plan que le devuelva el dinero** (es decir, que le conceda un **reembolso**).

Tiene derecho a recibir un reembolso de nuestro plan siempre que haya pagado por servicios médicos o medicamentos que estén cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, la revisaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le reembolsaremos el costo de los servicios o medicamentos.

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

Si nos envía la documentación para solicitar un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También verificaremos si cumplió con las reglas para utilizar su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted cumplió con las reglas, le enviaremos el pago del costo, generalmente dentro de los 30 días calendario, pero a más tardar dentro de los 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si aún no pagó por la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica no está cubierta o usted *no* cumplió con todas las reglas, no enviaremos el pago. En lugar de esto, le enviaremos una carta en la que se indicará que no pagaremos por la atención médica y se explicarán los motivos.

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

**Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones de la Sección 6.3.** Para los recursos relativos al reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta dentro de los 60 días calendario después de recibir su apelación. Si nos solicita 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 enviarle a usted o al proveedor el pago en un plazo de 30 días naturales. Si la respuesta a su apelación es favorable en cualquier etapa del proceso de apelaciones

después del Nivel 2, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago solicitado dentro de los 60 días calendario.

## **SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación**

### **Sección 7.1 En esta sección se explica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D**

Sus beneficios incluyen cobertura para varios medicamentos con receta. A fin de contar con cobertura, el medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las reglas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección se refiere solamente a sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, en el resto de esta sección generalmente utilizamos el término *medicamento*, en lugar de repetir *medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D* cada vez. También utilizamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las reglas, puede consultarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le informa que su receta no puede surtirse tal como fue emitida, la farmacia le proporcionará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

### **Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D**

#### **Término legal:**

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

Una determinación de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección se explica qué puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Solicita cobertura para un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Solicite una excepción. Consulte la Sección 7.2.**

- Solicita que se elimine una restricción de la cobertura de nuestro plan para un medicamento, como los límites en la cantidad del medicamento que puede obtener. **Solicite una excepción. Consulte la Sección 7.2.**
- Solicita la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Consulte la Sección 7.4.**
- Paga por un medicamento con receta que ya compró. **Solicítenos que le reembolsemos el costo. Consulte la Sección 7.4.**

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

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

## **Sección 7.2      Cómo solicitar una excepción**

### **Términos legales:**

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina **excepción al formulario**.

Solicitar la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina **excepción al formulario**.

Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto se denomina **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto de la manera en que usted desea, puede solicitarnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o profesional que le emite las recetas tendrá que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. A continuación, se presentan dos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que le emite las recetas pueden solicitarnos:

- 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 el monto de costo compartido que se aplica a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar una excepción al monto de costo

compartido que le exigimos pagar por el medicamento cuando aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos.

- 2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos de nuestra Lista de medicamentos.

### **Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones**

#### **Su médico debe especificar las razones médicas**

Su médico u otro profesional que le emite las recetas debe proporcionarnos una declaración en la que explique los motivos médicos por los que solicita una excepción. Para obtener una decisión rápida, incluya esta información médica de su médico o profesional que le emite las recetas cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección determinada. Estas diferentes opciones se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo fuera igual de eficaz que el medicamento que solicita y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general no aprobaremos su solicitud de excepción.

#### **Podemos responder afirmativa o negativamente a su solicitud.**

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente será válida hasta el final del año de nuestro plan. Esto es válido siempre que su médico le continúe recetando el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión mediante una apelación.

### **Sección 7.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción**

#### **Término legal:**

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

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

**Las decisiones de cobertura estándar** se toman dentro de las **72 horas** después de recibir su solicitud. **Las decisiones de cobertura rápidas** se toman dentro de las **24 horas** después de recibir su solicitud.

***Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:***

- Debe solicitar un medicamento que aún no haya recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para obtener el reembolso de un medicamento que ya compró).
- Si con la aplicación de los plazos estándar, tanto su salud como su capacidad de funcionar pueden resultar perjudicadas.
- **Si su médico u otro profesional que le emite las recetas nos informa que su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida, se la proporcionaremos automáticamente.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico o del profesional que le emite las recetas, decidiremos si su estado de salud requiere que le proporcionemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta para lo siguiente:
  - Explicarle que aplicaremos los plazos estándar.
  - Explicarle que, si su médico u otro profesional que le emite las recetas solicita una decisión de cobertura rápida, se la proporcionaremos automáticamente.
  - Indicarle que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionar una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja dentro de las 24 horas después de recibirla.

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

Para comenzar, llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan a fin de solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Usted también puede acceder al proceso para decisiones de cobertura mediante nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada mediante el *Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de CMS* o el formulario de nuestro plan, disponibles en nuestro sitio web en [www.azblue.com/health-choice-pathway/members/prescription-drug-information](http://www.azblue.com/health-choice-pathway/members/prescription-drug-information). Para obtener información de contacto adicional, consulte el Capítulo 2. Las solicitudes de cobertura también pueden presentarse

electrónicamente a través de nuestro portal para miembros en <https://healthchoice.promptpa.com/>. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que indique qué reclamación denegada se está apelando.

Esto lo puede hacer usted, su médico (o profesional que le emite las recetas) o su representante. Usted también puede designar a un abogado para que actúe en su nombre. En la Sección 4 de este Capítulo, se explica cómo puede conceder un permiso escrito a una persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, en la que se deben explicar los motivos médicos de la excepción. Su médico o profesional que le emite las recetas pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Como alternativa, su médico o profesional que le emite las recetas nos puede comunicar las razones por teléfono y, luego, enviar la declaración escrita por fax o correo, de ser necesario.

### **Paso 3: Consideraremos su solicitud y le comunicaremos nuestra respuesta.**

#### ***Plazos para una decisión de cobertura rápida***

- Por lo general, debemos darle una respuesta **dentro de las 24 horas** después de recibir su solicitud.
  - Para las excepciones, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos una respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud fue enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos dentro de las 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración de su médico en respaldo de la solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito de los motivos del rechazo. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

#### ***Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido***

- Por lo general, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud.

- Para las excepciones, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos una respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud fue enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración de su médico en respaldo de la solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito de los motivos del rechazo. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

***Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró***

- Debemos darle una respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud fue enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos efectuar el pago dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito de los motivos del rechazo. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

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

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

**Sección 7.5      Cómo presentar una apelación de Nivel 1**

**Términos legales:**

Una apelación ante nuestro plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se denomina redeterminación del plan.

Una apelación rápida se denomina **redeterminación acelerada**.

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

*Un recurso estándar suele presentarse en un plazo de siete días calendario. Una apelación rápida se realiza generalmente en un plazo de 72 horas. Si su estado de salud lo requiere, solicite una apelación rápida.*

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o profesional que le emite las recetas deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que los requisitos para obtener una decisión de cobertura rápida. En la Sección 7.4 de este capítulo se incluyen estos requisitos.

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

- **Para las apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito** o llámenos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Para las apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al 1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada mediante el *Formulario modelo de solicitud de redeterminación de CMS*, disponible en nuestro sitio web en [www.azblue.com/health-choice-pathway/members/prescription-drug-information](http://www.azblue.com/health-choice-pathway/members/prescription-drug-information). Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- Las solicitudes de apelación también pueden presentarse electrónicamente a través del portal web del plan en <https://healthchoice.promptpa.com/>.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra decisión de cobertura. Si usted no cumple este plazo y tiene una justificación para no haberlo cumplido, explique el motivo por el que su apelación se retrasó cuando presente su apelación. Le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos válidos pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o que le hayamos proporcionado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Usted puede solicitar una copia de la información concerniente a su apelación y agregar más información.** Si lo desea, usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

**Paso 3: Consideraremos su apelación y le comunicaremos nuestra respuesta.**

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a examinar cuidadosamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Es probable que nos comuniquemos con usted, su médico u otro profesional que le emite las recetas para obtener más información.

***Plazos para una apelación rápida***

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.** Le daremos una respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
  - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud fue enviada a la organización de revisión independiente. En la Sección 7.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura que acordamos dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una explicación por escrito de los motivos del rechazo y le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

***Plazos para una apelación estándar de un medicamento que aún no ha recibido***

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **dentro de los siete días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo requiere.
  - Si no le comunicamos una decisión dentro de los siete días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud fue enviada a la organización de revisión independiente. En la Sección 7.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura tan pronto como su estado de salud lo requiera, pero a más tardar dentro de los **siete días calendario** después de recibir su apelación.

- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito de los motivos del rechazo y le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

***Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró***

- Debemos darle una respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud fue enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos efectuar el pago dentro de los 30 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito de los motivos del rechazo. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

**Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.**

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasa al Nivel 2 del proceso de apelación.

**Sección 7.6      Cómo presentar una apelación de Nivel 2**

**Términos legales**

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

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que hemos tomado es correcta o si hay que cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

**Paso 1: Usted, su representante, su médico u otro profesional que le emite las recetas deben comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.**

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. En estas instrucciones se indicará quién puede presentar

esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.

- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo correspondiente o tomamos una decisión desfavorable con respecto a una determinación de persona **en riesgo** conforme a nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la entidad de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud fue enviada a la organización de revisión independiente.
- Enviaremos la información relacionada con su apelación a la organización de revisión independiente. Esta información se denomina **expediente del caso. Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.**
- Tiene derecho a proporcionar 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 examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

#### ***Plazos para una apelación rápida***

- Si su estado de salud lo requiere, solicite una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión independiente acepta proporcionarle una apelación rápida, debe darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de recibir la solicitud de apelación.

#### ***Plazos para una apelación estándar***

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **dentro de los siete días calendario** después de recibir su apelación si se trata de un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días** calendario después de recibir su solicitud.

#### **Paso 3: La organización de revisión independiente le comunica su respuesta.**

##### ***Para una apelación rápida:***

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **proporcionar la cobertura del medicamento** aprobada por la

organización de revisión independiente **dentro de las 24 horas** después de recibir su decisión.

***Para apelaciones estándar:***

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **proporcionar la cobertura** del medicamento aprobada por la organización de revisión independiente **dentro de las 72 horas** después de recibir su decisión.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** por un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de los 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 la organización de revisión independiente rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud o parte de ella. (Esto se denomina **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:

- Explicarle la decisión.
- Informarle sobre su derecho a presentar una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita alcanza un monto mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es definitiva.
- Indicarle el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

**Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea continuar con su apelación.**

- Después del Nivel 2, hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones, lo que da un total de cinco niveles de apelación.
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibe tras su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador. En la Sección 10 se describen los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5.

## **SECCIÓN 8      Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que le están dando el alta demasiado pronto**

---

Cuando ingresa en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que salga del hospital. Le ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de salir.

- El día en que sale del hospital se denomina **fecha de alta**.
- Cuando se decida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la comunicarán.
- Si considera que le están pidiendo que salga del hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

### **Sección 8.1      Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le informa sobre sus derechos**

Dentro de los dos días calendario después de su ingreso en el hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *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 del hospital, por ejemplo, un administrador de casos o un miembro del personal de enfermería, solicítéselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **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 haga preguntas si no lo entiende.** En el aviso se le informa sobre lo siguiente:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de la hospitalización, según las indicaciones de su médico. Esto incluye su derecho a conocer en qué consisten esos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
- Su derecho a participar en las decisiones con respecto a su hospitalización.
- Dónde presentar sus inquietudes con respecto a la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle el alta si considera que le están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una

manera formal y legal de solicitar que se retrase su fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.

**2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**

- Usted u otra persona que actúe en su nombre debe firmar el aviso.
- Firmar el aviso demuestra *únicamente* que recibió la información sobre sus derechos. En el aviso no se indica su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con una fecha de alta.

**3. Conserve su copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación o informar una inquietud sobre la calidad de la atención, en caso de que la necesite.

- Si firma el aviso más de dos días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha prevista para su alta.
- Para consultar una copia de este aviso con anticipación, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. También puede obtener el aviso en línea en **[CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im](https://www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im)**.

**Sección 8.2      Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria**

Para solicitarnos que cubramos sus servicios de hospitalización durante más tiempo, utilice el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia con los Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para obtener ayuda personalizada. Llame al programa SHIP de Arizona al **1-800-432-4040**. En el Capítulo 2, Sección 3, se incluye la información de contacto del programa SHIP.

**Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación.** Esta organización verifica si la fecha de alta prevista es médicamente adecuada para usted. La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de

médicos y otros profesionales de atención médica a quienes el gobierno federal paga para que supervisen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare. Esto incluye analizar las fechas de alta del hospital de los beneficiarios de Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

**Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar rápidamente.**

***¿Cómo puede comunicarse con esta organización?***

- En el aviso por escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) se indica cómo comunicarse con esta organización. También puede consultar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

***Actúe rápidamente:***

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de salir del hospital y **a más tardar a la medianoche del día del alta**.
  - **Si cumple con este plazo**, puede permanecer en el hospital *después de su* fecha de alta *sin tener que pagar* mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
  - **Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros**. Si decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta prevista, *es posible que tenga que pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de esa fecha.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. A más tardar al mediodía del día siguiente a que se comuniquen con nosotros, le entregaremos un **Aviso detallado de alta**. En este aviso se indica la fecha prevista para su alta y se explican detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.
- Puede obtener un ejemplo del **Aviso detallado de alta** llamando a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**). También puede obtener un ejemplo del aviso en línea en **[CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im](https://www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im)**.

**Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.**

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nosotros y el hospital les proporcionamos.
- A más tardar al mediodía del día siguiente a que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá un aviso por escrito de nuestra parte en el que se indicará la fecha de alta prevista. En este aviso también se explican detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

**Paso 3: Dentro de un día completo después de recibir toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le comunicará su respuesta a la apelación.**

***¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?***

- Si la organización de revisión independiente responde que **sí**, **debemos continuar proporcionando sus servicios hospitalarios cubiertos como paciente internado durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos, como deducibles o copagos, si corresponden. Además, puede haber limitaciones para sus servicios hospitalarios cubiertos.

***¿Qué sucede si la respuesta es negativa?***

- Si la organización de revisión independiente responde que **no**, significa que considera que la fecha de alta prevista es médicamente adecuada. Si esto sucede, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios como paciente internado finalizará** al mediodía del día *siguiente* a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le comunique su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión independiente responde que **no** a su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le comunique su respuesta a la apelación.

**Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es desfavorable, usted decide si desea presentar otra apelación.**

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta prevista, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasará al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

**Sección 8.3      Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria**

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a revisar la decisión que tomó sobre su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de su hospitalización posterior a la fecha de alta programada.

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

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Solo puede solicitar esta revisión si permanece en el hospital después de la fecha en que finaliza la cobertura de su atención.

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

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a examinar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

**Paso 3: Dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán.**

***Si la organización de revisión independiente responde que sí:***

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención hospitalaria como paciente internado durante el tiempo que sea médicamente necesaria.**
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos, y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

***Si la organización de revisión independiente responde que no:***

- Significa que los revisores están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que reciba se le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

**Paso 4: Si la respuesta es desfavorable, debe decidir si desea continuar con su apelación y pasar al Nivel 3.**

- Después del Nivel 2, hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones, lo que da un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibe tras su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador. En la Sección 10 de este Capítulo, encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

---

## **SECCIÓN 9      Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura está finalizando demasiado pronto**

---

Cuando recibe servicios cubiertos de **atención médica en el hogar, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios)**, tiene derecho a continuar recibiendo los servicios correspondientes a ese tipo de atención durante el tiempo que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de estos tres tipos de atención, debemos informárselo con anticipación. Cuando finalice la cobertura de esa atención, *dejaremos de pagar por ella*.

Si considera que estamos finalizando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta Sección, se explica cómo solicitar una apelación.

### **Sección 9.1      Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura**

#### **Término legal:**

**Aviso de no cobertura de Medicare.** En este aviso se indica cómo puede solicitar una **apelación por vía rápida**. Solicitar una apelación por vía rápida es una manera formal y legal de solicitar que se cambie nuestra decisión de cobertura sobre cuándo finalizar su atención.

1. **Recibirá un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso se indica lo siguiente:
  - La fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
  - Cómo presentar una apelación por vía rápida para pedirnos que continuemos cubriendo su atención durante un período más prolongado.
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 demuestra *únicamente* que recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de finalizar la atención.

## **Sección 9.2      Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo**

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante un período más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia con los Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para obtener ayuda personalizada. Llame al programa SHIP de Arizona al **1-800-432-4040**. En el Capítulo 2, Sección 3, se incluye la información de contacto del programa SHIP.

**Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación.** Esta organización determina si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada. La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal paga para que supervisen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo corresponde dejar de cubrir determinados tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

**Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una apelación por vía rápida. Debe actuar rápidamente.**

***¿Cómo puede comunicarse con esta organización?***

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) se indica cómo comunicarse con esta organización. (También puede consultar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2).

***Actúe rápidamente:***

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación **a más tardar al mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor** indicada en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si no cumple con el plazo y desea presentar una apelación, aún conserva su derecho a apelar. Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad mediante la información de contacto que figura en el Aviso de no cobertura de Medicare. También puede consultar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

**Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.**

**Término legal:**

**Explicación detallada de no cobertura.** Aviso en el que se detallan los motivos por los que finaliza la cobertura.

***¿Qué sucede durante esta revisión?***

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión independiente también examinará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le proporcione.
- Al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá de nuestra parte la *Explicación detallada de no cobertura*, en la que se explican detalladamente nuestros motivos para finalizar la cobertura de sus servicios.

**Paso 3: Dentro de un día completo después de recibir toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.**

***¿Qué sucede si los revisores contestan afirmativamente?***

- Si los revisores responden que *sí* a su apelación, **debemos continuar proporcionando el servicio cubierto durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos, como deducibles o copagos, si corresponden. Puede haber limitaciones para sus servicios hospitalarios cubiertos.

***¿Qué sucede si los revisores contestan negativamente?***

- Si los revisores responden que *no*, **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide continuar recibiendo atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en que finalice su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

**Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es desfavorable, usted decide si desea presentar otra apelación.**

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide continuar recibiendo atención después de que haya finalizado la cobertura de esa atención, puede presentar una apelación de Nivel 2.

### **Sección 9.3      Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo**

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad analizar nuevamente la decisión que tomó durante su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de la atención médica en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios de un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura.

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

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1.

Solo puede solicitar esta revisión si continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó la cobertura de esa atención.

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

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a examinar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

**Paso 3: Dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán.**

***¿Qué sucede si la organización de revisión independiente responde que sí?***

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones a la cobertura.

***¿Qué sucede si la organización de revisión independiente responde que no?***

- Significa que los revisores están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que reciba se le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. También se incluirán detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

**Paso 4: Si la respuesta es desfavorable, deberá decidir si desea continuar con su apelación.**

- Después del Nivel 2, hay tres niveles adicionales de apelación, lo que da un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibió tras su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador. La Sección 10 de este Capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

## **SECCIÓN 10    Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5**

---

### **Sección 10.1    Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos**

Esta sección puede aplicarse a su situación si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que apeló alcanza determinados montos mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al monto mínimo, no puede continuar con la apelación. En la respuesta por escrito que reciba sobre su apelación de Nivel 2 se indicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los últimos tres niveles del proceso funcionan de manera muy similar a los primeros dos niveles. A continuación, se indica quién está a cargo de revisar 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 comunicará una decisión.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede haber finalizado o puede continuar*.**  
A diferencia de una decisión de apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que le sea favorable. Si decidimos apelarla, pasará a una apelación de Nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibir 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 acompañada de los documentos correspondientes. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer el servicio en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede haber finalizado o puede continuar*.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba se le indicará qué debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

## **Apelación de Nivel 4**

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le comunicará una decisión. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es favorable, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión favorable sobre una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede haber finalizado o puede continuar.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión en el Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es desfavorable o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede haber finalizado o puede continuar.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las reglas le permiten presentar 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 si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

### **Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D**

Esta sección puede aplicarse a su situación si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que apeló alcanza un determinado monto en dólares, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es inferior al mínimo requerido, no puede continuar con la apelación. En la respuesta por escrito que reciba sobre su apelación de Nivel 2 se indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los últimos tres niveles del proceso funcionan de manera muy similar a los primeros dos niveles. A continuación, se indica quién está a cargo de revisar 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 comunicará una decisión.

- **Si la respuesta es favorable, el proceso de apelaciones finaliza.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** aprobada por el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador **dentro de las 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o efectuar el pago a más tardar dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede haber finalizado o puede continuar.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba se le indicará qué debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

### **Apelación de Nivel 4**

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le comunicará una decisión. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es favorable, el proceso de apelaciones finaliza.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o efectuar el pago a más tardar dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es desfavorable o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede haber finalizado o puede continuar.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las reglas le permiten presentar 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 si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

## Presentación de quejas

### SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

#### Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se abordan mediante el proceso de quejas?

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

| Queja                                                                                      | Ejemplo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Calidad de su atención médica</b>                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿No está satisfecho con la calidad de la atención que recibió, incluida la atención en el hospital?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Respeto a su privacidad</b>                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Alguien no respetó su derecho a la intimidad o compartió información confidencial?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Conductas irrespetuosas, servicio deficiente al cliente u otras conductas negativas</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Alguna persona lo ha tratado en forma grosera o irrespetuosa?</li> <li>• ¿No está conforme con Servicios para Miembros?</li> <li>• ¿Siente que le han insinuado que debe dejar nuestro plan?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Tiempos de espera</b>                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tiene problemas para agendar una cita, o ha tenido que esperar demasiado?</li> <li>• ¿Alguna vez ha tenido que esperar demasiado para que lo atendiera un médico, un farmacéutico u otro profesional de atención médica? ¿O el personal de Servicios para Miembros o de otras áreas de nuestro plan? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ A modo de ejemplo podemos mencionar los siguientes: esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o en la sala de examen, al adquirir medicamentos con receta.</li> </ul> </li> </ul> |
| <b>Limpieza</b>                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿No está conforme con la limpieza o con el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| Queja                                                                                                                                                                           | Ejemplo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Información que recibe de nosotros</b>                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿No le hemos dado el preaviso requerido?</li> <li>• ¿Es difícil conocer nuestra información escrita?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Plazos</b><br>(Estos tipos de quejas siempre están vinculados con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y las apelaciones). | Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que no estamos respondiendo con la rapidez necesaria, puede presentar una queja por la demora. A modo de ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nos solicitó una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i> y rechazamos su solicitud; puede presentar una queja.</li> <li>• Considera que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o las apelaciones; puede presentar una queja.</li> <li>• Considera que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle determinados artículos, servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja.</li> <li>• Si cree que no hemos cumplido los plazos exigidos para remitir su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.</li> </ul> |

## Sección 11.2 Cómo presentar una queja

### Términos legales:

Una **queja** también se denomina **reclamo**.

**Presentar una queja** también se denomina **presentar un reclamo**.

**Utilizar el proceso de quejas también** se denomina **utilizar el proceso para presentar un reclamo**.

Una **queja rápida** se denomina **reclamo acelerado**.

### Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, el primer paso es llamar a Servicios para Miembros al 1-800-656-8991 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).** Si debe hacer algo más, Servicios para Miembros se lo informará.
- **Si no desea llamar, o si llamó y no quedó satisfecho, puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.

- Su queja por escrito debe incluir la fecha en que ocurrió el incidente y una descripción detallada de lo sucedido. Envíe su queja por correo a la siguiente dirección dentro de los 60 días posteriores al incidente:

**Health Choice Pathway**  
**Attn: Quality Management**  
**P.O. Box 52033**  
**Phoenix, AZ 85072**

Después de recibir su reclamo o queja, el Departamento de Administración de Calidad de Health Choice Pathway revisará e investigará el asunto detenidamente.

- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir de la fecha en que ocurrió el problema por el que desea presentar la queja.

## **Paso 2: Investigaremos su queja y le comunicaremos nuestra respuesta.**

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama para presentar una queja, es posible que podamos darle una respuesta durante esa misma llamada.
- **La mayoría de las quejas reciben respuesta en 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es conveniente para usted, o si solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente tramitaremos su queja como una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su queja, o no asumimos responsabilidad por el problema que plantea en su queja, incluiremos los motivos en nuestra respuesta.

## **Sección 11.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad**

Cuando su queja se relacione con la *calidad de la atención*, tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal paga para supervisar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

*O bien:*

- **Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

#### **Sección 11.4 También puede informar a Medicare sobre su queja**

Puede presentar una queja sobre Health Choice Pathway directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite [Medicare.gov/my/medicare-complaint](https://www.medicare.gov/my/medicare-complaint). También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al **1-877-486-2048**.

---

### **Problemas relacionados con sus beneficios de AHCCCS (Medicaid)**

---

## **SECCIÓN 12 Cómo abordar problemas relacionados con sus beneficios de AHCCCS (Medicaid)**

---

### **Proceso de Audiencia Imparcial y Apelaciones de AHCCCS (Medicaid)**

Si recibe beneficios de AHCCCS (Medicaid), tiene derecho a presentar un reclamo, solicitar una apelación y, si no está de acuerdo con la decisión de la apelación, solicitar una audiencia estatal imparcial con respecto a sus servicios o beneficios cubiertos por AHCCCS (Medicaid).

Debido a que Health Choice Pathway es un Plan para Necesidades Especiales para Personas con Doble Elegibilidad de Medicare (D-SNP), sus beneficios de AHCCCS (Medicaid) pueden ser administrados por **Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice** u otro plan de salud de AHCCCS (Medicaid). El proceso de reclamos, apelaciones y audiencias imparciales de AHCCCS (Medicaid) se gestiona a través de su plan de salud de AHCCCS (Medicaid).

### **Presentación de un reclamo o una apelación**

Si tiene inquietudes sobre sus beneficios o servicios de AHCCCS (Medicaid), comuníquese con su plan de salud de AHCCCS (Medicaid) para obtener ayuda a fin de presentar un reclamo o una apelación. En el Manual para Miembros de su plan de salud de AHCCCS (Medicaid) se incluye información detallada sobre el proceso de reclamos y apelaciones.

Puede encontrar una lista de los planes de salud de AHCCCS (Medicaid) en el sitio web de AHCCCS: [www.azahcccs.gov/](http://www.azahcccs.gov/)

## **Plazos para las apelaciones**

Su plan de salud de AHCCCS (Medicaid) revisará su apelación y le comunicará una decisión dentro de los plazos establecidos por AHCCCS (Medicaid). Si tiene preguntas sobre cuánto tiempo puede tomar resolver su apelación, comuníquese con su plan de salud de AHCCCS (Medicaid).

## **Apelaciones aceleradas (rápidas)**

Puede solicitar una apelación acelerada si usted o su proveedor consideran que esperar una decisión sobre una apelación estándar podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar su máximo nivel de funcionamiento.

Si se aprueba su solicitud, su plan de salud de AHCCCS (Medicaid) revisará la apelación dentro de los plazos acelerados establecidos por AHCCCS (Medicaid).

## **Continuación de los servicios durante una apelación**

Si su plan de salud de AHCCCS (Medicaid) decide reducir, suspender o finalizar un servicio que recibe actualmente, es posible que tenga derecho a continuar recibiendo ese servicio mientras se revisa su apelación.

Para continuar recibiendo los servicios durante el proceso de apelación, debe presentar su apelación dentro del plazo indicado en el Aviso de Acción. Si la decisión sobre la apelación confirma la medida original, es posible que usted sea responsable del costo de los servicios recibidos durante el proceso de apelación.

## **Solicitud de una audiencia estatal imparcial**

Si no está de acuerdo con la decisión de su plan de salud de AHCCCS (Medicaid) sobre su apelación, puede solicitar una audiencia estatal imparcial. La audiencia estatal imparcial está a cargo de un juez de derecho administrativo, quien revisará los hechos de su caso y emitirá una decisión independiente.

Para obtener más información sobre las audiencias estatales imparciales, comuníquese con la Oficina de Servicios Legales Administrativos:

**Condado de Maricopa: 1-602-417-4232**

**En todo el estado: 1-800-654-8713, ext. 74232**

**Si su plan de AHCCCS (Medicaid) es Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice**

Los miembros inscritos en **Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice** pueden comunicarse con el Departamento de Reclamos y Apelaciones para obtener ayuda con reclamos, apelaciones y solicitudes de audiencias imparciales:

**Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice**

Attn: Grievance and Appeals Department  
P.O. Box 52033  
Phoenix, AZ 85072

**Condado de Maricopa: 1-480-968-6866**

**Fuera del condado de Maricopa: 1-800-322-8670**

**TTY: 711**

Debe presentar una apelación dentro de los **60 días** a partir de la fecha que figura en el Aviso de Acción. Puede presentar su apelación por teléfono o por escrito. También tiene derecho a designar a un representante, como un familiar, amigo, cuidador, abogado o proveedor, para que actúe en su nombre durante el proceso de apelación. Es posible que se requiera una autorización por escrito para que su representante pueda actuar en su nombre.

# CAPÍTULO 10:

## Finalización de su membresía en nuestro plan

### SECCIÓN 1 Finalización de su membresía en nuestro plan

---

La finalización de su membresía en Health Choice Pathway puede ser **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (no por decisión propia):

- Es posible que deje nuestro plan porque decide que *desea* hacerlo. En las Secciones 2 y 3 se incluye información sobre cómo finalizar voluntariamente su membresía.
- También existen determinadas situaciones en las que estamos obligados a finalizar su membresía. En la Sección 5 se indican las situaciones en las que estamos obligados a cancelar su membresía.

Si deja nuestro plan, debemos continuar proporcionando su atención médica y sus medicamentos con receta, y usted continuará pagando su parte de los costos hasta que finalice su membresía.

### SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

---

#### Sección 2.1 Es posible que pueda finalizar su membresía porque tiene Medicare y AHCCCS (Medicaid)

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden cancelar su membresía solamente durante ciertos períodos del año. Debido a que usted tiene AHCCCS (Medicaid), puede finalizar su membresía en nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Medicare Original *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
- Si reúne los requisitos, un D-SNP integrado que proporcione sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de AHCCCS (Medicaid) en un solo plan.

**Nota:** Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir Ayuda Adicional y permanece sin cobertura acreditable de medicamentos durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción

tardía de la Parte D si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si recibe Ayuda Adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

- Llame a la Oficina Estatal de Medicaid (AHCCCS) al **1-855-432-7587** para obtener información sobre sus opciones de planes de AHCCCS (Medicaid).
- Hay otras opciones de planes de salud de Medicare disponibles durante el **período de inscripción abierta**. En la Sección 2.2 se incluye más información sobre el período de inscripción abierta.
- **Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes siguiente a la fecha en que recibamos su solicitud para cambiar de plan.** Su inscripción en el nuevo plan también comenzará ese día.

## **Sección 2.2 Puede finalizar su membresía durante el período de inscripción abierta**

Puede finalizar su membresía durante el **período de inscripción abierta** de cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura de atención médica y de medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **período de inscripción abierta** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de cobertura:
  - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
  - Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
  - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
  - Si reúne los requisitos, un D-SNP integrado que proporcione sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de AHCCCS (Medicaid) en un solo plan.

**Recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

**Nota:** Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir Ayuda Adicional y permanece sin cobertura acreditable de medicamentos durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

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

### **Sección 2.3 Puede finalizar 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** de cada año.

- **El período de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo. Para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan Medicare Advantage (MA), este período se extiende desde el mes en que adquieren el derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes en que tienen derecho a estas coberturas.
- **Durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, puede hacer lo siguiente:
  - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse al mismo tiempo en un plan de medicamentos de Medicare por separado.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes siguiente a la fecha en que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o recibamos su solicitud para cambiarse a Medicare Original. Si también decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes siguiente a la fecha en que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

### **Sección 2.4 En determinadas situaciones, puede finalizar su membresía durante un período de inscripción especial**

En determinadas situaciones, usted podría ser elegible para cancelar su membresía en otras épocas del año. Esto se conoce como **período de inscripción especial**.

**Es posible que reúna los requisitos para finalizar su membresía durante un período de inscripción especial** si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo algunos 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 usted tiene AHCCCS (Medicaid).

- Si reúne los requisitos a fin de recibir Ayuda Adicional para pagar su cobertura de medicamentos de Medicare.
- Si incumplimos o violamos el contrato con usted.
- Si recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).
- **Nota:** Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que solo reúna los requisitos para determinados períodos de inscripción especial. En el Capítulo 5, Sección 10, se incluye más información sobre los programas de administración de medicamentos.
- **Nota:** En la Sección 2.1 se incluye más información sobre el período de inscripción especial para las personas que tienen AHCCCS (Medicaid).

**Los períodos de inscripción varían** según su situación.

**A fin de saber si reúne los requisitos 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 reúne los requisitos para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura médica de Medicare como su cobertura de medicamentos. Puede elegir entre las siguientes opciones:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos.
- Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
- Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
- Si reúne los requisitos, un D-SNP integrado que proporcione sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de AHCCCS (Medicaid) en un solo plan.

**Nota:** Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir Ayuda Adicional y permanece sin cobertura acreditable de medicamentos durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

**Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos cubiertos:** Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en la inscripción automática.

**Por lo general, su membresía finalizará** el primer día del mes siguiente a la fecha de su solicitud para cambiar de plan.

**Nota:** En las Secciones 2.1 y 2.2 se incluye más información sobre el período de inscripción especial para las personas que tienen AHCCCS (Medicaid) y Ayuda Adicional.

### **Sección 2.5      Obtenga más información sobre cuándo puede finalizar su membresía**

Si tiene preguntas sobre cómo finalizar su membresía, dispone de las siguientes opciones:

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-800-656-8991 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- Consulte 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 finalizar su membresía en nuestro plan**

En la siguiente tabla se explica cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan.

| <b>Para cambiar de nuestro plan a:</b>                                        | <b>Esto es lo que debe hacer:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Otro plan de salud de Medicare.</b>                                        | <ul style="list-style-type: none"><li>• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare.</li><li>• Su inscripción en Health Choice Pathway se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Medicare Original con un plan de medicamentos de Medicare por separado</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare.</li><li>• Su inscripción en Health Choice Pathway se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Medicare Original sin un plan de medicamentos de Medicare por separado</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción a:</b>Health Choice Pathway, Attn: Enrollment, P.O. Box 52033, Phoenix, AZ 85072.</li><li>• Llamar a Servicios para Miembros al <b>1-800-656-8991</b> (los usuarios de TTY deben llamar al <b>711</b>) si necesita más información sobre cómo hacerlo.</li><li>• También puede llamar a <b>Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b> y solicitar la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al <b>1-877-486-2048</b>.</li></ul> |

- Su inscripción en Health Choice Pathway se cancelará cuando comience su cobertura de Medicare Original.
- 

**Nota:** Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir Ayuda Adicional y permanece sin cobertura acreditable de medicamentos durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (Arizona Health Care Cost Containment System, AHCCCS), llame al programa de AHCCCS (Medicaid) al **1-855-HEA-PLUS** o al **1-855-432-7587**. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. Pregunte cómo se verá afectada la manera en que recibe su cobertura de AHCCCS (Medicaid) si se inscribe en otro plan o regresa a Medicare Original.

#### **SECCIÓN 4      Hasta que finalice su membresía, debe continuar obteniendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan**

---

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar obteniendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando las farmacias de nuestra red o el servicio de pedidos por correo para surtir sus medicamentos con receta.**
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que reciba el alta** (incluso si recibe el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

#### **SECCIÓN 5      Health Choice Pathway debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones**

---

**Health Choice Pathway debe finalizar su membresía en nuestro plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:**

- Si deja de tener la Parte A y la Parte B de Medicare.

- Si deja de reunir los requisitos para AHCCCS (Medicaid). Como se indica en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan está destinado a las personas que reúnen los requisitos tanto para Medicare como para el AHCCCS (Medicaid).
- Si deja de cumplir con los requisitos especiales de elegibilidad de nuestro plan, esto se considera una cancelación involuntaria de la inscripción. Para permanecer inscrito en el plan, debe continuar reuniendo los requisitos tanto para Medicare como para AHCCCS (Medicaid). Si pierde su elegibilidad para AHCCCS (Medicaid), se lo notificaremos por escrito. Tendrá un período de seis meses de continuidad presunta de la elegibilidad para recuperar su elegibilidad para AHCCCS (Medicaid) antes de que se cancele su inscripción en el plan.
  - Durante este período de seis meses, continuará recibiendo todos los servicios y beneficios cubiertos por Medicare que cubre el plan. Sin embargo, dejará de recibir los beneficios de AHCCCS (Medicaid) proporcionados a través de AHCCCS (Medicaid). Además, AHCCCS (Medicaid) dejará de pagar sus primas de Medicare o su parte de los costos. Como resultado, el monto que paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este período.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
  - Si permanece fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses. Si se muda o realiza un viaje prolongado, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para averiguar si el lugar al que se muda o viaja se encuentra dentro del área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (es decir, si va a prisión).
- Si deja de ser ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano que reúne los requisitos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga y que proporcione cobertura de medicamentos.
- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos la autorización de Medicare).
- Si continuamente se comporta de manera perturbadora y esto dificulta que podamos proporcionarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos la autorización de Medicare).
- Si usted permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos la autorización de Medicare).

- Si nosotros cancelamos su membresía por dicho motivo, Medicare podría solicitar que su caso sea investigado por el inspector general.

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

### **Sección 5.1    No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud**

**Health Choice Pathway** no puede pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

#### **¿Qué debe hacer si esto sucede?**

Si considera que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su 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 finalizamos su membresía en nuestro plan**

Si nosotros cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle los motivos de la cancelación por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

# CAPÍTULO 11:

## Avisos legales

### SECCIÓN 1 Aviso sobre la legislación aplicable

---

La principal ley que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y los reglamentos establecidos en virtud de la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado donde usted vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si dichas leyes no se incluyen ni se explican en este documento.

### SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

---

**No discriminamos** por motivos de raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley para Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o reglamentación aplicable por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) o comuníquese con su Oficina de Derechos Civiles local. También puede consultar información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en [HHS.gov/ocr/index.html](https://www.hhs.gov/ocr/index.html).

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarle.

Health Choice Pathway (HMO D-SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluidas las características sexuales, los rasgos intersexuales, el embarazo o las

afecciones relacionadas, la orientación sexual, la identidad de género y los estereotipos sexuales).

Health Choice Pathway no excluye a las personas ni las trata de manera menos favorable por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Health Choice Pathway proporciona ayudas y servicios gratuitos para que las personas puedan comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Brinda servicios de idiomas sin cargo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con nosotros:

Health Choice Pathway  
Attn: Civil Rights Coordinator  
Dirección: P.O. Box 52033  
Phoenix, AZ 85072  
Teléfono: **1-800-656-8991**, TTY: **711**  
De 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana  
Fax: **480-760-4739**  
Correo electrónico: **HCHComments@azblue.com**

Si considera que Health Choice Pathway no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluidas las características sexuales, los rasgos intersexuales, el embarazo o las afecciones relacionadas, la orientación sexual, la identidad de género y los estereotipos sexuales), puede presentar un reclamo por correo, fax o correo electrónico a:

Health Choice Pathway  
Attn: Civil Rights Coordinator  
Dirección: P.O. Box 52033  
Phoenix, AZ 85072  
Teléfono: **1-800-656-8991**  
Fax: **1-480-760-4739**

TTY: **711**

Correo electrónico: **[HCH.GrievanceForms@azblue.com](mailto:HCH.GrievanceForms@azblue.com)**

Puede presentar un reclamo por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el administrador de quejas formales/coordinador de derechos civiles está a su disposición para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
**1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)**

Los formularios para quejas están disponibles en  
**<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.

---

### **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 cuales Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con las reglamentaciones de los CMS establecidas en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR), **Health Choice Pathway**, como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el Secretario conforme a las reglamentaciones de los CMS incluidas en las subpartes B a D de la Parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección prevalecen sobre cualquier ley estatal.

## CAPÍTULO 12:

# Definiciones

**Apelación:** una apelación es una medida que toma si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta, o de pago por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

**Área de servicio:** un área geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un plan de salud determinado. En el caso de planes que restringen la lista de médicos y hospitales a los que puede acudir, generalmente también es el área en la que usted puede obtener servicios de rutina (servicios que no se consideren de emergencia). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio de nuestro plan.

**Asistente de atención médica a domicilio:** una persona que proporciona servicios que no requieren las habilidades de un enfermero con licencia o un terapeuta, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

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

**Atención en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF):** atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados de manera continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo puede administrar un enfermero registrado o un médico.

**Autorización previa:** aprobación por adelantado para recibir servicios o determinados medicamentos según criterios específicos. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa están indicados en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están indicados en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

**Ayuda Adicional:** un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

**Biosimilar intercambiable:** un biosimilar que puede utilizarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, ya que cumple con requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a las leyes estatales.

**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 al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte “**Biosimilar intercambiable**”).

**Cancelar la inscripción o cancelación de la inscripción:** el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan.

**Cargo por dispensación:** un cargo que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que dedica el farmacéutico a preparar y empaquetar el medicamento con receta.

**Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF):** un centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluidos fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

**Centro quirúrgico ambulatorio:** un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de proporcionar servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios que no requieren hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no supera las 24 horas.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS):** la agencia federal que administra Medicare.

**Cobertura acreditable 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. Por lo general, las personas que tienen este tipo de cobertura cuando reúnen los requisitos para Medicare pueden conservarla sin pagar una multa si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

**Cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D de Medicare):** seguro que ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

**Capítulo 12 Definiciones**

---

**Copago:** un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta con un médico, una consulta hospitalaria para pacientes ambulatorios o un medicamento con receta. Un copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

**Coseguro:** un monto que es posible que deba pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20 %), como su parte del costo de los servicios o medicamentos con receta.

**Costos compartidos:** los costos compartidos son los montos que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto de deducible que un plan pueda exigir antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan exija cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de coseguro, es decir, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que un plan exija cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

**Cuidado de custodia:** atención personal que se proporciona en un hogar de ancianos, un centro para enfermos terminales u otro establecimiento cuando no necesita atención médica especializada ni atención de enfermería especializada. El cuidado de custodia, proporcionado por personas que no tienen capacitación ni conocimientos profesionales, incluye ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de una cama, sentarse o levantarse de una silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de cuidados relacionados con la salud que la mayoría de las personas hace por su cuenta como, por ejemplo, utilizar gotas para los ojos. Medicare no cubre el cuidado de custodia.

**Cuidados para enfermos terminales:** un beneficio que proporciona tratamiento especial a un miembro que ha recibido un diagnóstico médico certificado de enfermo terminal, es decir, que tiene una expectativa de vida de seis meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de centros para enfermos terminales en su área geográfica. Si elige recibir cuidados para enfermos terminales y continúa pagando las primas, seguirá siendo miembro de nuestro plan. Puede continuar recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios suplementarios que ofrecemos.

**Deducible:** el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

**Determinación de cobertura:** una decisión sobre si un medicamento que le recetaron está cubierto por nuestro plan y el monto, si corresponde, que debe pagar por el medicamento con receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le informa que la receta no está cubierta por nuestro plan, eso no constituye una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a nuestro plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura**.

**Determinación de la organización:** una decisión que toma nuestro plan sobre si determinados artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar por los artículos o servicios cubiertos. En este documento, las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura.

**D-SNP integrado:** un D-SNP que cubre Medicare y la mayoría o la totalidad de los servicios de AHCCCS (Medicaid) a través de un único plan de salud para determinados grupos de personas que reúnen los requisitos tanto para Medicare como para AHCCCS (Medicaid). Estas personas también se conocen como personas con doble elegibilidad y beneficios completos.

**Emergencia:** una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente sin formación médica que tenga un conocimiento promedio sobre 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 por nacer), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden deberse a una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

**Equipo de atención:** un equipo de atención puede incluir médicos, personal de enfermería, consejeros u otros profesionales de la salud que están a su disposición para ayudarlo a recibir la atención que necesita. Su equipo de atención también ayuda a elaborar un plan de atención.

**Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME):** determinados equipos médicos que su médico indica por motivos médicos. Algunos ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital indicadas por un proveedor para usar en el hogar.

**Etapas de cobertura catastrófica:** la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes que reúnen los requisitos en su nombre) ha gastado \$2,400 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos por la Parte D.

**Etapas de cobertura inicial:** la etapa posterior al pago de su deducible (si tiene uno) y anterior al momento en que sus costos de bolsillo del año alcanzan el monto límite de gastos de bolsillo.

**Evaluación de riesgos para la salud:** una revisión de sus antecedentes médicos y su estado de salud actual. Se utiliza para conocer su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

**Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) e información de divulgación:** este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

**Excepción:** un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) u obtener un medicamento no preferido con un nivel de costos compartidos más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan exige que pruebe otro medicamento antes de obtener el medicamento que solicita, si nuestro plan exige autorización previa para un medicamento y usted desea que no apliquemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción al formulario).

**Farmacia de la red:** una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan y 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 únicamente si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

**Farmacia fuera de la red:** una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se cumplan determinadas condiciones.

**Gastos de bolsillo:** consulte la definición de costos compartidos incluida anteriormente. El requisito de costos compartidos de un miembro de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de gastos de bolsillo del miembro.

**“Herramienta de beneficios en tiempo real”:** un portal o una aplicación informática en la que los afiliados pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica para cada afiliado sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye los montos de costos compartidos, medicamentos alternativos del formulario que pueden utilizarse para la misma afección médica que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada y límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

**Hospitalización como paciente internado:** una estadía en el hospital cuando ha sido admitido formalmente para recibir servicios médicos especializados. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio.

**Indicación médica aceptada:** el uso de un medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por determinadas fuentes de referencia, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de información DRUGDEX de Micromedex.

**Límite de gastos de bolsillo:** el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

**Límites de cantidad:** una herramienta de administración diseñada para limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden aplicarse a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o durante un período determinado.

**Lista de medicamentos cubiertos (formulario o Lista de medicamentos):** una lista de los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

**Medicaid (o Asistencia Médica):** un programa conjunto federal y estatal que ayuda a pagar los costos médicos de algunas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si reúne los requisitos tanto para Medicare como para AHCCCS (Medicaid).

**Medicamento necesario:** servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con las normas aceptadas de la práctica médica.

**Medicamento de marca:** un medicamento con receta que fabrica y comercializa la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca poseen la misma fórmula del ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y comercializados por otros fabricantes de medicamentos y, por lo general, no están disponibles 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 de la misma manera que un medicamento de marca y suele costar menos.

**Medicamento seleccionado:** un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un Precio Máximo Justo.

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

**Medicamentos de la Parte D:** medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Es posible que ofrezcamos o no todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de

medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

**Medicare Original (Medicare Tradicional o Medicare de Pago por Servicio):** Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no por un plan de salud privado, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. Bajo Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago de montos de pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica establecidos por el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde del monto aprobado por Medicare, y usted paga la parte que le corresponde. Medicare Original tiene dos partes: la Parte A (Seguro Hospitalario) y la Parte B (Seguro Médico), y está disponible en todo Estados Unidos.

**Medicare:** el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (por lo general, aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

**Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan):** una persona con Medicare que reúne los requisitos para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

**Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA):** si su ingreso bruto ajustado modificado, según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años, supera un determinado monto, pagará el monto de la prima estándar y un Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

**Monto máximo de bolsillo:** el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por sus medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo de bolsillo. **(Nota:** Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de AHCCCS [Medicaid], muy pocos miembros llegan a alcanzar este monto máximo de gastos de bolsillo).

**Multa por inscripción tardía en la Parte D:** un monto que se agrega a la prima mensual de su plan por la cobertura de medicamentos de Medicare si permanece sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que reúna por primera vez los requisitos para inscribirse en un plan de la

Parte D. Si deja de recibir Ayuda Adicional, es posible que deba pagar la multa por inscripción tardía si permanece 63 días consecutivos o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos.

**Necesidades especiales de atención médica (Special Health Care Needs, SHCN):**

afecciones físicas, del desarrollo o conductuales graves y crónicas que requieren servicios de salud y servicios relacionados médicamente necesarios de un tipo o en una cantidad superior a los que generalmente necesitan los miembros; que duran o se espera que duren un año o más y que pueden requerir atención continua que, por lo general, no proporciona un proveedor de atención primaria (PCP).

**Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO):** un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal paga para supervisar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

**Parte C:** consulte Plan Medicare Advantage (MA).

**Parte D:** el Programa de Beneficios de Medicamentos con Receta de Medicare de carácter voluntario.

**Período de beneficios:** la forma en que tanto nuestro plan como Medicare Original miden el uso que usted hace de los servicios hospitalarios y de un centro de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando usted no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada después de haber terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.

**Período de inscripción abierta de Medicare Advantage:** el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo durante el cual los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de tres meses después de que una persona reúne por primera vez los requisitos para Medicare.

**Período de inscripción abierta:** el período comprendido entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o cambiarse a Medicare Original.

**Período de inscripción inicial:** cuando reúne los requisitos para Medicare por primera vez, es el período durante el cual puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si reúne los requisitos para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de Inscripción Inicial es el período de siete meses que comienza tres meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza tres meses después del mes en que cumple 65 años.

**Persona con doble elegibilidad:** una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y AHCCCS (Medicaid).

**Plan de atención:** un plan que indica qué servicios recibirá y cómo los recibirá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual y otros servicios según sus necesidades.

**Plan de Costos de Medicare:** un Plan de Costos de Medicare es un plan administrado por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o un Plan Médico Competitivo (CMP), de conformidad con un contrato de reembolso de costos establecido en la sección 1876(h) de la Ley.

**Plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO):** un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que han acordado atender a los miembros del plan por un monto de pago determinado. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si se reciben de proveedores de la red o fuera de la red. La suma de costo compartido correspondiente a los miembros en general será más alta cuando se reciban los beneficios del plan a través de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual para sus gastos de bolsillo por los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto para el total combinado de sus gastos de bolsillo por los servicios recibidos tanto de proveedores de la red (preferidos) como de proveedores fuera de la red (no preferidos).

**Plan de salud de Medicare:** un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar los 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 Programas de Atención Integral para Personas de Edad Avanzada (PACE).

**Plan Medicare Advantage (MA):** a veces denominado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una Organización de Administración de Atención Médica (HMO), ii) una Organización de

Proveedores Preferidos (PPO), iii) un plan Privado de Pago por Servicio (PFFS) o iv) un plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO 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 denominan **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**.

**Plan PACE:** un plan del Programa de Atención Integral para Personas de Edad Avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) combina servicios médicos y sociales, y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) para personas frágiles, con el fin de ayudarlas a mantener su independencia y permanecer en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) durante el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en planes PACE reciben tanto sus beneficios de Medicare como de AHCCCS (Medicaid) a través de nuestro plan.

**Plan para Necesidades Especiales Equivalente a Institucional (Institutional-Equivalent Special Needs Plan, IE-SNP):** un IE-SNP limita la inscripción a personas que reúnen los requisitos para Medicare Advantage (MA) y que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un establecimiento.

**Plan para Necesidades Especiales Institucional (Institutional Special Needs Plan, I-SNP):** los I-SNP limitan la inscripción a personas que reúnen los requisitos para Medicare Advantage (MA) y que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un establecimiento, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días consecutivos en determinados establecimientos de atención a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP equivalentes a institucionales (IE-SNP), SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales basados en establecimientos (FI-SNP).

**Plan para Necesidades Especiales por Enfermedades Crónicas (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP):** los C-SNP son SNP que limitan la inscripción a personas que reúnen los requisitos para Medicare Advantage (MA) y que tienen enfermedades crónicas graves específicas.

**Plan para Necesidades Especiales:** un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona atención médica más enfocada a grupos específicos de personas, como aquellas que tienen tanto Medicare como AHCCCS (Medicaid), que viven en un hogar de ancianos o que tienen determinadas afecciones médicas crónicas.

**Planes para Necesidades Especiales para Personas con Doble Elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP):** los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos o todos los costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

**Póliza Medigap (Seguro Suplementario de Medicare):** seguro suplementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir las *brechas* de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo se aplican a Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

**Precio máximo justo:** el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

**Prima:** el pago que usted hace periódicamente a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica por la cobertura de salud o de medicamentos con receta.

**Producto biológico original:** un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve como producto de comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

**Producto biológico:** un medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

**Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM):** un programa de la Parte D de Medicare para personas con necesidades de salud complejas que cumplen determinados requisitos o participan en un Programa de Administración de Medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

**Programa de Descuentos de Fabricantes:** un programa mediante el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los 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 dispositivos 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 interna del cuerpo o una función corporal, incluidos suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

**Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP):** el médico u otro proveedor al que consulta primero por la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

**Proveedor de la red o proveedor:** es el término general para médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para proporcionar servicios de atención médica. **Los proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

**Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red:** un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, propiedad ni están administrados por nuestro plan.

**Queja:** el término formal para presentar una queja es **presentar un reclamo**. El proceso de quejas se utiliza *únicamente* para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si nuestro plan no cumple con los plazos del proceso de apelación.

**Reclamo:** un tipo de queja que presenta sobre nuestro plan, los proveedores o las farmacias, incluida una queja relacionada con la calidad de su atención. No incluye disputas sobre la cobertura o el pago.

**Remisión:** una orden escrita de su médico de atención primaria para que consulte a un especialista o reciba determinados servicios médicos. Sin una remisión, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

**Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI):** un beneficio mensual que el Seguro Social paga a personas con ingresos y recursos limitados que tienen una discapacidad, son ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

**Servicios cubiertos por Medicare:** servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o de la audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

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

**Servicios de rehabilitación:** estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (para pacientes ambulatorios), terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

**Servicios de urgencia:** un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, pero que no es una emergencia, se considera un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si, dadas las circunstancias de tiempo y lugar, no es razonable obtener este servicio de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas y los brotes inesperados de afecciones ya existentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias a proveedores (como los chequeos anuales) no se consideran servicios de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

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

**Servicios preventivos:** servicios de atención médica que ayudan a mantenerse saludable, detectar problemas de salud de manera temprana, determinar los tratamientos más eficaces y prevenir determinadas enfermedades. Los servicios preventivos incluyen exámenes, vacunas, análisis de laboratorio y pruebas de detección. También incluyen programas de control de la salud, así como asesoramiento y educación para ayudarle a cuidar su propia salud.

**Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS):** consulte Ayuda Adicional.

**Tarifa diaria de costos compartidos:** una tarifa diaria de costos compartidos puede aplicarse cuando su médico le receta un suministro de ciertos medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días en el suministro de un mes. Por ejemplo: si su copago por el suministro de un medicamento para un mes es de \$30 y, en nuestro plan, el suministro para un mes corresponde a 30 días, su tarifa diaria de costos compartidos es de \$1 por día.

**Terapia escalonada:** una herramienta de administración de la utilización que exige que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico puede haber recetado inicialmente.

# Notice of Non-Discrimination

## In Compliance with Section 1557 of the Affordable Care Act



Health  
Choice

Health Choice Pathway HMO D-SNP complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including sex characteristics, intersex traits, pregnancy or related conditions, sexual orientation, gender identity, and sex stereotypes). Health Choice Pathway does not exclude people or treat them less favorably because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Health Choice Pathway:

Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)

Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, contact:

Health Choice Pathway

**Address:** PO Box 52033

Phoenix, AZ 85072

**Phone: 1-800-656-8991, TTY: 711**

**8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week**

**Fax: 480-760-4739**

**Email: HCHComments@azblue.com**

If you believe that Health Choice Pathway has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including sex characteristics, intersex traits, pregnancy or related conditions, sexual orientation, gender identity, and sex stereotypes), you can file a grievance by mail, fax, or email to:

Health Choice Pathway

Attn: Civil Rights Coordinator

**Address:** PO Box 52033

Phoenix, AZ 85072

**Phone: 1-800-656-8991**

**Fax: 480-760-4739**

**TTY: 711**

**Email: HCH.GrievanceForms@azblue.com**

You can file a grievance by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Grievance Manager/Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

**1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)**

Complaint forms are available at

**[hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html](https://hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html)**.

Health Choice Pathway is a subsidiary of Blue Cross® Blue Shield® of Arizona, an independent licensee of the Blue Cross Blue Shield Association.

H5587\_D50028PY27\_C

# Aviso de No Discriminación

## En cumplimiento con la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Costo



Health  
Choice

Health Choice Pathway HMO D-SNP cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidas las características sexuales, los rasgos intersexuales, el embarazo o afecciones relacionadas, la orientación sexual, la identidad de género y los estereotipos sexuales). Health Choice Pathway no excluye ni trata a las personas de forma menos favorable por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Health Choice Pathway:

Ofrece material de ayuda y servicios sin cargo a las personas que tienen discapacidades que les impiden comunicarse de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Brinda servicios de idiomas sin cargo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con nosotros:

Health Choice Pathway

**Dirección:** PO Box 52033

Phoenix, AZ 85072

**Teléfono:** 1-800-656-8991, **TTY:** 711

**de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana**

**Fax:** 480-760-4739

**Correo electrónico:**

**HCHComments@azblue.com**

Si considera que Health Choice Pathway no ha logrado prestar estos servicios o ha discriminado de algún otro modo a una persona por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidas las características sexuales, los rasgos intersexuales, el embarazo o afecciones relacionadas, la orientación sexual, la identidad de género y los estereotipos sexuales), puede presentar una queja formal por correo, fax o correo electrónico:

Health Choice Pathway

Coordinador de Derechos Civiles

**Dirección:** PO Box 52033

Phoenix, AZ 85072

**Teléfono:** 1-800-656-8991

**Fax:** 480-760-4739

**TTY:** 711

**Correo electrónico:**

**HCH.GrievanceForms@azblue.com**

Puede presentar una queja formal por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el administrador de quejas formales/coordinador de derechos civiles está a su disposición para ayudarlo.

También puede presentar una queja por violación a los derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de forma electrónica a través de su Portal de quejas, disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

**1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)**

Los formularios de queja están disponibles en **[hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html](https://hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html)**.

Health Choice Pathway es una subsidiaria de Blue Cross® Blue Shield® of Arizona, un licenciario independiente de Blue Cross Blue Shield Association.

H5587\_D50028PY27\_C

# Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services



Health  
Choice

**English:** Free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-656-8991 (TTY: 711), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week.

**Spanish:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-656-8991 (TTY: 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

**Navajo:** Saad bee áká anályaaígíí t'áá jíík'eh bee nihá náshcháázhgo bee áká aná'ályáá doo bááh dah na'anish. Bee áká aná'ályáá dóo bee hane' bee nidaaz'áájí bee hazh'ání'íígo ádaat'éego bee bee hazh'ání'íí doo bááh dah na'anish. 1-800-656-8991 (TTY: 711) bich'í' hodíílnih, t'ée' 8 a.m. jí doo bik'i dah 8 p.m. jí, naakits'áadah yilt'áá' 7 bee dah naalnish.

**Chinese Simplified:** 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。请致电 1-800-656-8991 (TTY: 711), 服务时间为每周 7 天上午 8 点至晚上 8 点。

**Chinese Traditional:** 如果您說[中文], 我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務, 以無障礙格式提供資訊。請致電 1-800-656-8991 (TTY: 711), 服務時間為每週 7 天上午 8 點至晚上 8 點。

**Tagalog:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-800-656-8991 (TTY: 711), mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo.

**French:** Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-656-8991 (TTY : 711), de 8 h à 20 h, 7 jours sur 7.

**Vietnamese:** Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-656-8991 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần.

**German:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-656-8991 (TTY: 711) an, von 8:00 bis 20:00 Uhr, 7 Tage die Woche.

# Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services



Health  
Choice

**Korean:** [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 1-800-656-8991 (TTY: 711)로 전화해 주십시오.

**Russian:** Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Звоните по номеру 1-800-656-8991 (линия TTY: 711), ежедневно, с 8:00 до 20:00.

## Arabic

العربية

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل بالرقم 1-800-656-8991 (الهاتف النصي 711 TTY)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، 7 أيام في الأسبوع.

**Hindi:** यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-656-8991 (TTY: 711) पर कॉल करें, सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक, हफ्ते के सातों दिन।

**Italian:** se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-800-656-8991 (TTY: 711), dalle 8:00 alle 20:00, 7 giorni su 7.

**Brazilian Portuguese:** Se você fala português brasileiro, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-656-8991 (TTY: 711), das 8h às 20h, 7 dias por semana.

**Creole (Capo Verdean):** Caso fale Kabuverdianu, existem serviços de assistência linguística gratuitos disponíveis. Estão também disponíveis apoios e serviços auxiliares adequados para prestar informações em formatos acessíveis. Txoma pa 1-800-656-8991 (TTY: 711), di 8 óras di manhan ti 8 óras di noti, 7 dia pa simana.

**Polish:** Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-800-656-8991 (TTY: 711), od 8:00 do 20:00, 7 dni w tygodniu.

**Japanese:** 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-800-656-8991 (TTY: 711)までお問い合わせください。受付時間は週7日、午前8時から午後8時までです。

## Health Choice Pathway Departamento de Servicios para Miembros

| Método           | Departamento de Servicios para Miembros: Información de contacto                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Teléfono</b>  | <b>1-800-656-8991</b> Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios de intérprete gratuito para aquellas personas que no hablan inglés. |
| <b>TTY</b>       | <b>711</b><br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.                                                                                                                                                 |
| <b>Dirección</b> | Health Choice Pathway<br>P.O. Box 52033<br>Phoenix, AZ 85072<br><b>HCHComments@azblue.com</b>                                                                                                                                                                                     |
| <b>Sitio Web</b> | <b>azblue.com/hcpathway</b>                                                                                                                                                                                                                                                       |

## Arizona State Health Insurance and Assistance Program (Arizona SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa estatal con fondos del gobierno Federal que ofrece asesoramiento gratuito local de seguros médicos a los beneficiarios de Medicare.

| Método           | Información de contacto                                                                                                                        |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Teléfono</b>  | <b>1-800-432-4040 o 602-542-4446</b>                                                                                                           |
| <b>Dirección</b> | Programa de Asistencia y Seguro Médico del Estado de Arizona (SHIP de Arizona)<br>1789 W. Jefferson St.<br>Phoenix, AZ 85007                   |
| <b>Sitio Web</b> | <b><a href="https://des.az.gov/services/older-adults/medicare-assistance">https://des.az.gov/services/older-adults/medicare-assistance</a></b> |

Declaración sobre la Ley para la Reducción de Trámites: De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995 (PRA en inglés), las personas no están obligadas a responder una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control de la oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB en inglés) válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene preguntas sobre la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

Health  
Choice