

# 2025 Evidencia de Cobertura



## BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP)



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



An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

Health  
Choice

**1 de enero al 31 de diciembre de 2025**

## **Evidencia de cobertura:**

### **Sus beneficios y servicios médicos de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados como miembro de BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP, plan de necesidades especiales para personas doblemente elegibles, por sus siglas en inglés)**

Este documento le brinda los detalles sobre su atención médica y cobertura de medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2025. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

**Si tiene alguna pregunta sobre este documento, póngase en contacto con el Servicio para Miembros llamando al 1-800-656-8991. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., siete días a la semana (excepto días festivos). La llamada es gratuita.**

Este plan, BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP), es ofrecido por Health Choice Arizona, Inc. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* se refiere a “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Health Choice Arizona, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa BCBSAZ 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 2026.

El vademécum, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden modificarse en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos los cambios a los afiliados afectados con al menos 30 días de antelación.

Este documento explica sus prestaciones y derechos. Utilice este documento para conocer:

- La prima de su plan y los gastos compartidos;
- Sus beneficios de medicamentos recetados;
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- Cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita más ayuda; y,
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

Por la presente, usted, el miembro, reconoce expresamente conocer que este plan de salud constituye un contrato únicamente entre usted y BCBSAZ Health Choice, una subsidiaria de Blue Cross Blue Shield de Arizona (BCBSAZ), que es una corporación independiente que opera bajo una licencia de Blue Cross y Blue Shield Association,

una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield (la "Asociación"), que permite a BCBSAZ Health Choice usar las Marcas de Servicio de Blue Cross y Blue Shield en Arizona. BCBSAZ Health Choice no contrata como agente de la Asociación. Usted no ha celebrado este Acuerdo basándose en ninguna declaración de ninguna otra persona que no sea BCBSAZ Health Choice. Ninguna persona, entidad u organización que no sea BCBSAZ Health Choice será responsable por ninguna de las obligaciones de BCBSAZ Health Choice hacia usted creadas bajo este Acuerdo. Este párrafo no creará obligaciones adicionales de ningún tipo por parte de BCBSAZ Health Choice que no sean aquellas obligaciones creadas bajo otras disposiciones de este acuerdo.

H5587\_D39928PY25\_C

**Evidencia de cobertura 2025****Índice**

<b>CAPÍTULO 1: <i>Primeros pasos como miembro</i></b> .....	<b>5</b>
SECCIÓN 1 Introducción.....	6
SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan? .....	8
SECCIÓN 3 Materiales importantes para los miembros que recibirá .....	10
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para BCBSAZ Health Choice Pathway .....	13
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual .....	16
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado el registro de su membresía del plan.....	16
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan .....	17
<b>CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i></b> .....	<b>19</b>
SECCIÓN 1 Contactos de BCBSAZ Health Choice Pathway (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios para Miembros).....	20
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) .....	24
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (asistencia gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) .....	25
SECCIÓN 4 ¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad? .....	26
SECCIÓN 5 Seguro Social .....	27
SECCIÓN 6 AHCCCS (Medicaid).....	28
SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados.....	30
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario.....	33
SECCIÓN 9 Puede obtener ayuda de la Agencia de área sobre el envejecimiento de Arizona .....	34
<b>CAPÍTULO 3: <i>Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos</i></b> .....	<b>35</b>
SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo recibir atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan .....	36
SECCIÓN 2 Utilizar proveedores de la red del plan para recibir atención médica y otros servicios. ....	38
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesita recibir atención urgente o durante un desastre .....	43

SECCIÓN 4	¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de sus servicios? .....	46
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica? .....	47
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención médica en una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud .....	50
SECCIÓN 7	Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero .....	51
<b>CAPÍTULO 4</b>	<b>Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto) .....</b>	<b>53</b>
SECCIÓN 1	Entender los servicios cubiertos .....	54
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de prestaciones médicas</i> para saber qué está cubierto.....	55
SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera de BCBSAZ Health Choice Pathway?.....	117
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?.....	117
<b>CAPÍTULO 5</b>	<b>Utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D .....</b>	<b>123</b>
SECCIÓN 1	Introducción.....	124
SECCIÓN 2	Adquiera sus medicamentos recetados a través de una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan.....	125
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar incluidos en la Lista de medicamentos del plan.....	129
SECCIÓN 4	Existen ciertas restricciones en la cobertura de algunos medicamentos .....	132
SECCIÓN 5	¿Qué hacer si alguno de sus medicamentos no está cubierto en la forma que a usted le gustaría que lo estuviera?.....	133
SECCIÓN 6	¿Qué hacer si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? .....	136
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?.....	139
SECCIÓN 8	Rellenar una receta .....	140
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales .....	141
SECCIÓN 10	Programas de seguridad y utilización de medicamentos.....	143
SECCIÓN 11	Enviamos informes con la descripción de pagos por sus medicamentos y la etapa de pago en la que usted se encuentra.....	146

---

<b>CAPÍTULO 6: <i>Lo que usted debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D</i></b> .....	<b>149</b>
<b>CAPÍTULO 7: <i>Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos</i></b> .....	<b>151</b>
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de sus servicios o medicamentos cubiertos .....	152
SECCIÓN 2 Cómo solicitar un reembolso o el pago de una factura que usted ha recibido .....	155
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos afirmativa o negativamente .....	156
<b>CAPÍTULO 8: <i>Sus derechos y responsabilidades</i></b> .....	<b>157</b>
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan .....	158
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan .....	159
SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan .....	173
<b>CAPÍTULO 9: <i>Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i></b> .....	<b>175</b>
SECCIÓN 1 Introducción .....	176
SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada .....	177
SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar sus problemas? .....	181
SECCIÓN 4 Cómo tratar problemas relacionados con sus beneficios Medicare .....	182
SECCIÓN 5 Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones .....	183
SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura .....	186
SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación .....	195
SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que cubramos una estancia hospitalaria más larga si cree que le dan el alta demasiado pronto .....	206
SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto. ....	211
SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a otros niveles más avanzados .....	216

SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja por la calidad de atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otros problemas .....	219
SECCIÓN 12	Cómo tratar problemas relacionados con sus beneficios de AHCCCS (Medicaid).....	223
<b>CAPÍTULO 10:</b>	<b><i>Cancelación de su membresía en el plan</i></b> .....	<b>227</b>
SECCIÓN 1	Introducción a la finalización de su afiliación a nuestro plan .....	228
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? .....	228
SECCIÓN 3	¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan? .....	232
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.....	234
SECCIÓN 5	BCBSAZ Health Choice Pathway debe cancelar su membresía en nuestro plan en ciertos casos .....	234
<b>CAPÍTULO 11</b>	<b><i>Avisos legales</i></b> .....	<b>237</b>
SECCIÓN 1	Aviso sobre las leyes aplicables .....	238
SECCIÓN 2	Aviso de no discriminación .....	238
SECCIÓN 3	Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare .....	240
<b>CAPÍTULO 12:</b>	<b><i>Definiciones de términos importantes</i></b> .....	<b>241</b>

# CAPÍTULO 1:

## *Primeros pasos como miembro*



---

## SECCIÓN 1      Introducción

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Usted está inscrito en BCBSAZ Health Choice Pathway, que es un plan especializado de Medicare Advantage (plan para necesidades especiales)</b>
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Está cubierto tanto por Medicare como por el **Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona** (AHCCCS, por sus siglas en inglés) (Medicaid):

- **Medicare** es el programa de seguro médico federal 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 (AHCCCS, por sus siglas en inglés), (**Medicaid**) es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda asistencia económica con los gastos médicos a 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 obtienen cobertura para servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido recibir atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados a través de nuestro plan, BCBSAZ Health Choice Pathway. Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores de este plan difieren de Original Medicare.

BCBSAZ Health Choice Pathway es un plan especializado de Medicare Advantage (un plan para necesidades especiales de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. BCBSAZ Health Choice Pathway está diseñado para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Contención de Costos del Cuidado de la Salud de Arizona (AHCCCS) (Medicaid).

Debido a que recibe ayuda de AHCCCS (Medicaid) con sus costos compartidos de Medicare Parte A y B (copagos y coseguro), es posible que no pague nada por sus servicios de atención médica de Medicare. AHCCCS (Medicaid) también puede brindarle otros beneficios al cubrir servicios de atención médica que generalmente no están cubiertos por Medicare. También puede recibir “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. BCBSAZ Health Choice Pathway le ayudará a administrar todos estos beneficios para que pueda recibir los servicios de atención médica y la asistencia con los pagos a los que tiene derecho.

**Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

---

BCBSAZ 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. El plan también tiene un contrato con el programa de Medicaid de Arizona (AHCCCS) para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace ofrecerle su cobertura de atención médica de Medicare, incluida su cobertura de medicamentos recetados.

**La cobertura conforme a este plan califica como Cobertura de Salud Calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS): [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

<b>Sección 1.2</b> <b>¿De qué trata el documento <i>Evidencia de cobertura</i>?</b>
-------------------------------------------------------------------------------------

Este documento de *Evidencia de cobertura* le explica cómo recibir atención médica y medicamentos recetados. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que paga como miembro al plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o un tratamiento.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención y los servicios médicos y a los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de BCBSAZ Health Choice Pathway.

Es importante que conozca cuáles son las normas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que dedique algo de tiempo a leer este documento de *Evidencia de cobertura*.

Si está confuso, preocupado o simplemente tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Servicio para Miembros.

<b>Sección 1.3</b> <b>Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i></b>
------------------------------------------------------------------------------------

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo BCBSAZ Health Choice Pathway cubre su atención médica. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos en ocasiones se denominan *cláusulas adicionales o enmiendas*.

**Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

---

El contrato está vigente durante los meses en los que esté inscrito en BCBSAZ Health Choice Pathway entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de BCBSAZ Health Choice Pathway después del 31 de diciembre de 2025. Después del 31 de diciembre de 2025, también podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área u ofrecerlo en un área de servicio diferente.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar BCBSAZ Health Choice Pathway cada año. Puede seguir recibiendo todos los años la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre y cuando decidamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

---

**SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?**

---

<b>Sección 2.1</b>	<b>Requisitos de elegibilidad</b>
--------------------	-----------------------------------

*Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan si cumple con lo siguiente:*

- Tiene tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B
- -- y -- vive en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 abajo describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio aunque se encuentren físicamente en ella.
- -- y -- usted es ciudadano de los Estados Unidos o reside legalmente en los Estados Unidos de América
- -- y -- 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 brinda asistencia económica con los gastos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, usted debe ser elegible para Medicare y los beneficios de AHCCCS (Medicaid)

Tenga en cuenta lo siguiente: Si usted pierde su elegibilidad pero se puede esperar, razonablemente, que recupere la elegibilidad dentro de los 6 meses siguientes, entonces aún es elegible para ser miembro de nuestro plan (la Sección 2.1 del Capítulo 4 le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante un periodo de elegibilidad que se considera continua).

## **Sección 2.2      ¿Qué es AHCCCS (Medicaid)?**

AHCCCS (Medicaid) es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda asistencia económica con los gastos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administran su programa, siempre que sigan las pautas federales.

Además, hay programas que se ofrecen a través de AHCCCS (Medicaid) que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorro de Medicare” (Medicare Savings Programs) ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Programa de Beneficiario Calificado de Medicare Plus (Qualified Medicare Beneficiary, QMB+):** AHCCCS (Medicaid) paga las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare así como otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos).
- **Programa de Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos Especificados Plus (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB+):** AHCCCS (Medicaid) paga las primas de la Parte B
- **Doble elegibilidad y la totalidad de los beneficios (Full Benefit Dual Eligible, FBDE):** también conocido como no QMB Dual): La persona que tiene derecho a Medicare y se determina que es elegible para los beneficios de AHCCCS (Medicaid) Acute o Sistema de Atención a Largo Plazo de Arizona (ALTCS), pero que no cumple con los criterios de ingresos para el programa QMB o el 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      Esta es el área de servicio del plan BCBSAZ Health Choice Pathway**

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

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

Si planea mudarse a un nuevo estado, también debe comunicarse con la oficina de Medicaid de su estado y preguntar cómo esta mudanza afectará sus beneficios de AHCCCS (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 servicios de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan. Póngase en contacto con los Servicios para Miembros para saber si tenemos un plan en su nueva zona. Cuando usted se mude, tendrá un periodo de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan médico o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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





### **Sección 2.4 Ciudadano de los Estados Unidos o residencia legal en los Estados Unidos**

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a BCBSAZ Health Choice Pathway si usted no es elegible para seguir siendo miembro sobre esta base. BCBSAZ Health Choice Pathway deberá cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

## **SECCIÓN 3 Materiales importantes para los miembros que recibirá**

### **Sección 3.1 Su tarjeta de membresía**

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía siempre que reciba servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor de atención médica su tarjeta AHCCCS (Medicaid). A continuación le presentamos un modelo de tarjeta de membresía que se ve como la suya:

 <small>An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association</small>		 <small>An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association</small>		<b>azblue.com/hcpathway</b> Member Services: <b>1-800-656-8991, TTY: 711</b> 24/7 Nurse Advice Line: <b>1-855-458-0622</b> Pharmacy Help Desk: <b>1-866-693-4620</b> Pharmacy Prior Auth and Appeals Fax: <b>1-877-424-5690</b> Crisis Hotline: <b>1-844-534-4673</b>
Member: <b>John Q Sample</b> ID #: <b>MZHHC1234567</b>	RxBIN: <b>004336</b> RxPCN: <b>MEDDADV</b> RxGRP: <b>RX8748</b>	Arizona providers send medical claims to: BCBSAZ Health Choice Pathway PO Box 52033 Phoenix, AZ 85072-2033		
Health Plan Name: BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP)	Health Plan: <b>(80840)</b> Plan ID: <b>H5587-002</b>	<b>Providers outside of Arizona</b> should file all claims to the local Blue Cross and Blue Shield Plan in whose service area the member received services.		Benefits are limited to emergent care outside of Arizona.



Si solo está inscrito en BCBSAZ Health Choice Pathway, aún tendrá que usar su tarjeta de AHCCCS Complete Care (Medicaid) junto con su tarjeta BCBSAZ Health Choice Pathway. Debe usar su tarjeta de membresía de BCBSAZ Health Choice Pathway siempre que reciba servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red.

Para los miembros que estén inscritos en BCBSAZ Health Choice Pathway y que estén inscritos en BCBSAZ Health Choice para su plan AHCCCS Complete Care (Medicaid), le presentamos una tarjeta de membresía de muestra que se ve como la suya:

					
<b>Member:</b> <b>John Q Sample</b> HCP ID #: <b>MZHHC1234567</b> AHCCCS ID #: <b>HCIA12345678</b>		<b>RxBIN: 004336</b> <b>RxPCN: MEDDADV</b> <b>RxGRP: RX8748</b> <b>Health Plan: (80840)</b> <b>Plan ID: H5587-002</b>		Arizona providers send medical claims to: BCBSAZ Health Choice Pathway PO Box 52033 Phoenix, AZ 85072-2033	
<b>Health Plan Name:</b> BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP) BCBSAZ Health Choice		<b>Member Services:</b> <b>1-800-656-8991</b> <b>Crisis Hotline: 1-844-534-4673</b>		<b>Providers outside of Arizona</b> should file all claims to the local Blue Cross and Blue Shield Plan in whose service area the member received services.	
				azblue.com/hcpathway <b>Member Services:</b> <b>1-800-656-8991, TTY: 711</b> 24/7 Nurse Advice Line: <b>1-855-458-0622</b> Pharmacy Help Desk: <b>1-866-693-4620</b> Pharmacy Prior Auth and Appeals Fax: <b>1-877-424-5690</b>	
Benefits are limited to emergent care outside of Arizona.					

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 BCBSAZ 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, servicios de cuidados paliativos o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios para Miembros de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta.

**Sección 3.2 El Directorio de proveedores**

El *Directorio de proveedores* contiene los proveedores actuales de nuestra red. **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otras instalaciones de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe recurrir a los proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar la totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está

**Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

---

disponible (es decir, en situaciones en las que no sea razonable o posible obtener servicios en red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que BCBSAZ Health Choice Pathway autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en **azblue.com/hcpathway**.

Si no tiene su ejemplar del *Directorio de proveedores*, puede solicitarlo (en formato electrónico o impreso) a Servicios para Miembros. Las solicitudes de *Directorios de proveedores* en papel le serán enviadas por correo en un plazo de tres días laborables.

<b>Sección 3.3</b>	<b>El Directorio de farmacias:</b>
--------------------	------------------------------------

El *Directorio de farmacias* **azblue.com/hcpathway** enumera las farmacias de nuestra red. **Las farmacias de la red** son todas las farmacias que han acordado surtir medicamentos recetados cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede usar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede utilizar farmacias que no pertenezcan a la red del plan.

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

<b>Sección 3.4</b>	<b>La Lista de medicamentos cubiertos (<i>Formulario</i>) del plan</b>
--------------------	------------------------------------------------------------------------

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Su forma abreviada es la “Lista de medicamentos”. Indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en BCBSAZ Health Choice Pathway. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de BCBSAZ Health Choice Pathway.

La Lista de medicamentos también le informa si existen normas que restrinjan la cobertura de sus medicamentos.

Recibirá una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (**azblue.com/hcpathway**) o llame a Servicios para Miembros.

---

## **SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para BCBSAZ Health Choice Pathway**

---

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Plan Premium (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Prima de beneficio complementaria opcional (Sección 4.3)
- Multa por inscripción tardía en la Parte D (Sección 4.4)
- Importe mensual ajustado en función de los ingresos (Sección 4.5)
- Importe del Plan de pagos de los medicamentos recetados de Medicare (Sección 4.6)

**En algunas situaciones, la prima de tu plan podría ser menor**

<b>Sección 4.1</b>	<b>Plan Premium</b>
--------------------	---------------------

Como miembro de nuestro plan, la prima del plan la paga en nombre de los miembros el AHCCCS (Medicaid). Para 2025, la prima mensual para BCBSAZ Health Choice Pathway es \$0.

<b>Sección 4.2</b>	<b>Prima mensual de la Parte B de Medicare</b>
--------------------	------------------------------------------------

**Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare.**

Algunos miembros tal vez deban pagar otras primas de Medicare. Como se explicó en la Sección 2 anterior, para ser elegible para nuestro plan, usted debe mantener su elegibilidad para AHCCCS (Medicaid) y tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de BCBSAZ Health Choice Pathway, AHCCCS (Medicaid) paga su prima de la Parte A (si no califica para ella automáticamente) y para su prima de la Parte B.

**Si AHCCCS (Medicaid) no paga sus primas de Medicare, usted debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.** Esto incluye su prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A, que afecta a los miembros que no pueden acogerse a la Parte A sin prima.

<b>Sección 4.3</b>	<b>Multa por inscripción tardía en la Parte D</b>
--------------------	---------------------------------------------------

Como usted es doblemente elegible, la LEP no se le aplica mientras mantenga su condición de doblemente elegible, pero si pierde su condición de doblemente elegible, puede incurrir en una LEP. La penalización por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si, en cualquier



## Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

---

momento una vez finalizado su periodo de inscripción inicial, hay un periodo de 63 días o más seguidos en los que no tuvo cobertura de la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos recetados. La cobertura de medicamentos recetados válida es aquella que cumple las normas mínimas de Medicare ya que se espera que pague, de media, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura válida de medicamentos recetados. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

**No** tendrá que pagarlo si:

- Recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados de Medicare.
- Ha estado menos de 63 días seguidos sin cobertura válida.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos válida a través de otra fuente como un antiguo empleador, sindicato, TRICARE o la Administración Sanitaria para Veteranos (VA). Su aseguradora o su departamento de recursos humanos le indicarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura válida. Esta información puede enviarse por carta o incluirse en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.
  - **Nota:** Cualquier notificación debe indicar que usted tenía una cobertura válida de medicamentos recetados que se espera que pague tanto como paga el plan estándar de medicamentos recetados de Medicare.
  - **Nota:** Las siguientes *no* son coberturas válidas de medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos en medicamentos.

**Medicare determina el importe de la multa.** Le explicamos cómo 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 cuente el número de meses completos que no tuvo cobertura válida de medicamentos recetados, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1 % por cada mes que no haya tenido una cobertura válida. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- A continuación, Medicare determina el importe de la prima mensual media de los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior. Para 2025, este importe medio de la prima es de \$36,78
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la prima mensual media y, a continuación, redondéelo a los 10 céntimos más próximos. En este ejemplo, sería el 14 % por \$36,78, lo que equivale a \$5,15. Esto se

**Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

---

redondea a \$5,20. Esta cantidad se añadiría **a la prima mensual de alguien con una multa por inscripción tardía en la Parte D.**

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

- En primer lugar, **la multa puede cambiar cada año** porque la prima mensual media puede cambiar cada año.
- En segundo lugar, **seguirá pagando una multa** cada mes mientras esté inscrito en un plan que tenga prestaciones de medicamentos de la Parte D de Medicare, aunque cambie de plan.
- En tercer lugar, si tiene menos de 65 años y recibe actualmente prestaciones de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla los 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía en la Parte D se basará únicamente en los meses que no tenga cobertura después del periodo de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

**Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión.** Por lo general, debe solicitar esta revisión en un **plazo de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba en la que se le indique que tiene que pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de afiliarse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

<b>Sección 4.4</b>	<b>Importe mensual ajustado en función de los ingresos</b>
--------------------	------------------------------------------------------------

Es posible que algunos miembros deban pagar un suplemento, conocido como Importe de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA. El recargo se calcula utilizando sus ingresos brutos ajustados modificados, tal y como figuran en su declaración de la renta de hace dos años. Si este importe supera una determinada cantidad, pagará el importe de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para más información sobre la cantidad adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole cuál será esa cantidad 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 prestaciones no es suficiente para cubrir la cantidad extra, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar la cantidad extra al gobierno. No puede pagarse con la prima mensual de su plan. Si no paga la cantidad extra, se le dará de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

**Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

---

Si no está de acuerdo con el pago de una cantidad extra, puede solicitar a la Seguridad Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, póngase en contacto con la Seguridad Social llamando al **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**).

---

**SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual**

---

**Sección 5.1 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?**

**No.** No podemos cambiar el monto que le cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia al año siguiente, se lo comunicaremos en el mes de septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía. O tendrá que empezar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto puede ocurrir si usted reúne los requisitos para el programa de "Ayuda adicional" o si pierde su elegibilidad para este programa durante el año.

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y reúne los requisitos para recibir "Ayuda adicional" durante el año, podrá dejar de pagar su multa.
- Si usted pierde la Ayuda Adicional, estaría sujeto a la multa por inscripción tardía si alguna vez se ha quedado sin cobertura válida de la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos recetados, durante 63 días consecutivos o más.

Encontrará más información sobre el programa "Ayuda adicional" en el Capítulo 2, Sección 7.

---

**SECCIÓN 6 Mantenga actualizado el registro de su membresía del plan**

---

El registro de su membresía tiene información sobre su formulario de inscripción, incluida su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria / grupo médico / asociación de médicos independientes (IPA).

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan el registro de su membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y las cantidades de los costos compartidos para usted.** Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

## Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

---

### Háganos saber sobre alguno de los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o concubino, compensación laboral o AHCCCS (Medicaid))
- Si tiene algún reclamo de responsabilidad, como reclamos por un accidente automovilístico
- Si ha sido admitido en una residencia para ancianos y convalecientes
- Si recibe atención médica 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 su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene intención de participar, pero le animamos a que lo haga).

Si alguno de estos datos cambia, comuníquenoslo llamando Servicios para Miembros.

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

---

## SECCIÓN 7      Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

---

### Otros seguros

Medicare nos exige que recopilemos su información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Eso se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios de nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de prestaciones**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que lista cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que sea de nuestro conocimiento. Lea detenidamente esta información. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no está en la lista, llame a Servicios para Miembros. Es posible que deba dar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correcta y oportunamente.

Cuando usted cuenta con otro seguro (como cobertura de salud grupal del empleador), existen normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se llama pagador principal y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, llamado pagador secundario,

## Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

---

solo paga si hay costos no cubiertos por la cobertura primaria. 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 usted tiene menos de 65 años y está discapacitado y usted o un miembro de su familia aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
  - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge o concubino siguen trabajando, su plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores que tenga 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

AHCCCS (Medicaid) y TRICARE nunca pagan primero por 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 importantes*

---

## **SECCIÓN 1      Contactos de BCBSAZ Health Choice Pathway** (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios para Miembros)

---

### **Cómo comunicarse con el Servicios para Miembros de nuestro plan**

Para obtener asistencia relacionada con reclamaciones, facturación o preguntas sobre tarjetas de miembro, llame o escriba a Servicios para Miembros para BCBSAZ Miembros de Health Choice Pathway. Con gusto les ayudaremos.

<b>Método</b>	<b>Departamento de Servicios para Miembros: información de contacto</b>
<b>LLAME AL</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 a la semana (excepto días festivos).  El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
<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.  Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m. los siete días a la semana (excepto días festivos).
<b>ESCRIBA A</b>	BCBSAZ Health Choice Pathway P.O. Box 52033 Phoenix, AZ 85072  <b>HCHComments@azblue.com</b>
<b>SITIO WEB</b>	<b>azblue.com/hcpathway</b>

## **Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión o apelación de cobertura sobre su atención médica**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre la suma que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos recetados de la parte D. Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

<b>Método</b>	<b>Decisiones de cobertura y apelaciones para atención médica o medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto</b>
<b>LLAME AL</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 a la semana (excepto días festivos).
<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. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m. los siete días a la semana (excepto días festivos).
<b>FAX</b>	<b>1-480-760-4739 para cuidados médicos</b> <b>1-877-424-5690 para medicamentos recetados de la Parte D</b>
<b>ESCRIBA A</b>	BCBSAZ Health Choice Pathway P.O. Box 52033 Phoenix, AZ 85072
<b>SITIO WEB</b>	<b><a href="http://azblue.com/hcpathway">azblue.com/hcpathway</a></b>



## **Cómo comunicarse con nosotros para 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 involucra disputas por pago o cobertura. Para más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

<b>Método</b>	<b>Quejas sobre atención médica: información de contacto</b>
<b>LLAME AL</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 a la semana (excepto días festivos).
<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. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m. los siete días a la semana (excepto días festivos).
<b>FAX</b>	<b>1-480-760-4739</b>
<b>ESCRIBA A</b>	BCBSAZ Health Choice Pathway Attn: Resolution Center P.O. Box 52033 Phoenix, AZ 85072
<b>SITIO WEB DE MEDICARE</b>	Puede presentar una queja sobre BCBSAZ Health Choice Pathway directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, vaya a <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a> .

**A dónde enviar una solicitud pidiéndonos que paguemos el costo de la atención médica o un medicamento que haya recibido**

Si ha recibido una factura o ha pagado unos servicios (por ejemplo, la factura de un proveedor) que usted cree que deberíamos pagar nosotros, es posible que tenga que solicitarnos el reembolso o el pago de la factura del proveedor. Consulte Capítulo 7: *cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*

**Tenga en cuenta lo siguiente:** Si nos envía una solicitud de pago y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) para obtener más información.

<b>Método</b>	<b>Solicitud de pago: información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<b>1-800-656-8991</b> El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m. los siete días a la semana (excepto días festivos). Las llamadas a este número son gratuitas.
<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. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m. los siete días a la semana (excepto días festivos).
<b>FAX</b>	<b>1-480-760-4708</b>
<b>ESCRIBA A</b>	BCBSAZ Health Choice Pathway Attn: Reimbursement Services P.O. Box 52033 Phoenix, AZ 85072
<b>SITIO WEB</b>	<b><a href="http://azblue.com/hcpathway">azblue.com/hcpathway</a></b>

---

## SECCIÓN 2 Medicare

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

---

Medicare es el programa de seguro médico federal 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).

El organismo federal a cargo de Medicare son los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (en ocasiones denominados CMS). Este organismo tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare: información de contacto
<b>LLAME AL</b>	<b>1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227</b> Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
<b>TTY</b>	<b>1-877-486-2048</b> Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
<b>SITIO WEB</b>	<b><u><a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a></u></b> Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare y los problemas actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, residencias para ancianos y convalecientes, médicos, agencias de atención médica domiciliarias e instalaciones para diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad de Medicare y sus opciones de inscripción con las siguientes herramientas: <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Herramienta de elegibilidad de Medicare:</b> Proporciona información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.</li><li>• <b>Buscador de planes de Medicare:</b> Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proporcionan una <i>estimación</i> de los posibles gastos de bolsillo para usted en diferentes planes de Medicare.</li></ul>

Método	Medicare: información de contacto
<b>SITIO WEB (continuación)</b>	<p>También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre BCBSAZ Health Choice Pathway:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Informe a Medicare sobre su queja:</b> Puede presentar una queja sobre BCBSAZ Health Choice Pathway directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, vaya a <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a>. Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.</li></ul> <p>Si usted no tiene una computadora, la biblioteca local o el centro para personas mayores pueden ayudarlo a visitar este sitio web usando una computadora. O puede llamar a Medicare y preguntar sobre la información está buscando. Buscarán la información en la página web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al teléfono <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b>, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al teléfono <b>1-877-486-2048</b>).</p>

---

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

---

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Arizona, el SHIP se denomina Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud de Arizona (SHIP de Arizona).

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

Los asesores del SHIP de Arizona pueden ayudarlo a conocer sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del SHIP de Arizona también pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare y ayudarlo a conocer sus opciones de planes de Medicare y responder a sus preguntas sobre el cambio de planes.

**MÉTODO DE ACCESO A SHIP y OTROS RECURSOS:**

- Visite <https://www.shiphelp.org> (Haga clic en **UBICADOR SHIP en la mitad de la página**)
- Seleccione su **ESTADO** en la lista. Esto le llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos de su estado.

<b>Método</b>	<b>Programa de Asistencia sobre Seguro Médico del Estado de Arizona (SHIP de Arizona: información de contacto)</b>
<b>LLAME AL</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 A</b>	División de Servicios para Adultos y Adultos mayores del DES 1789 W Jefferson St (Código del sitio 950A) Phoenix, AZ 85007
<b>SITIO WEB</b>	<a href="https://des.az.gov/services/older-adults/medicare-assistance">https://des.az.gov/services/older-adults/medicare-assistance</a>

---

## **SECCIÓN 4      ¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?**

---

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

Livanta, LLC cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales sanitarios pagados por Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención a los beneficiarios de Medicare. Livanta, LLC es una organización independiente. No está relacionado con nuestro plan.

Usted debe comunicarse con Livanta, LLC en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención médica que ha recibido.
- Considera que su cobertura por hospitalización finalizará demasiado pronto.

- Considera que la cobertura de sus servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finalizará demasiado pronto.

<b>Método</b>	<b>Livanta, LLC (Organización para el Mejoramiento de la Calidad en Arizona): información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<b>1-877-588-1123</b> El horario de atención al público es de 9 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes, 11:00 a. m. a 3:00 p. m., sábados, domingos y feriados
<b>TTY</b>	<b>1-855-887-6668</b> Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
<b>ESCRIBA A</b>	Livanta, LLC 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
<b>SITIO WEB</b>	<a href="https://www.livantaqio.com/en/states/arizona">https://www.livantaqio.com/en/states/arizona</a>

---

## **SECCIÓN 5 Seguro Social**

---

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales que tengan 65 años o más, o que tengan una discapacidad o una enfermedad renal en etapa terminal y cumplan con ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si usted ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si usted no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar un monto adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D porque tiene un ingreso más alto. Si recibió una carta del Seguro Social informándole que tiene que pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento 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, es importante que se comunique con el Seguro Social para informarles.

<b>Método</b>	<b>Seguro Social: información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<b>1-800-772-1213</b> Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 am a 7:00 pm, de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
<b>TTY</b>	<b>1-800-325-0778</b> Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 am a 7:00 pm, de lunes a viernes.
<b>SITIO WEB</b>	<b><u><a href="http://www.ssa.gov">www.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 a ciertas personas con ingresos y recursos limitados.

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

<b>Método</b>	<b>Sistema de Contención de Costos del Cuidado de la Salud de Arizona (AHCCCS) - (Programa Medicaid de Arizona): información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<b>1-855-HEA-PLUS</b> <b>1-855-432-7587</b> Lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. excepto 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 A</b>	AHCCCS 801 E Jefferson Street Phoenix, AZ 85034
<b>SITIO WEB</b>	<b><u><a href="http://www.azahcccs.gov">www.azahcccs.gov</a></u></b>

La Defensoría ciudadana para el Programa de Defensor del Cliente del Estado de Arizona ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas de servicio o facturación. Ellos pueden ayudarle a presentar una queja o apelación sobre nuestro plan.

<b>Método</b>	<b>Defensor del Pueblo de Arizona: asistente del ciudadano: información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<b>1-602-277-7292</b> Abierto de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. excepto los días festivos estatales.
<b>ESCRIBA A</b>	Defensor del Pueblo: asistente del ciudadano 2020 N Central Ave., Suite 570 Phoenix, AZ 85004
<b>SITIO WEB</b>	<b><u><a href="http://www.azoca.gov">www.azoca.gov</a></u></b>

El Programa de Defensor del Pueblo del Cuidado a Largo Plazo del Estado de Arizona ayuda a las personas a obtener información sobre residencia para ancianos y convalecientes y a resolver problemas entre las residencias para ancianos y convalecientes y los residentes o sus familias.



Método	Programa de Defensor del Pueblo del Cuidado a Largo Plazo del Estado de Arizona: información de contacto
<b>LLAME AL</b>	<p><b>1-602-542-6454</b></p> <p>Agencia de Área sobre el Envejecimiento, Región Uno, Condado de Maricopa <b>1-602-264-2255</b></p> <p>Consejo del norte de Arizona sobre el Envejecimiento (Northern Arizona Council on Aging), condados de Yavapai, Coconino, Navajo y Apache <b>1-877-521-3500</b></p> <p>Consejo del oeste de Arizona sobre el Envejecimiento (Western Arizona Council on Aging), condados de Mohave, La Paz y Yuma <b>1-928-217-7114</b></p> <p>Consejo de Pinal-Gila para personas mayores, 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 de Área sobre el Envejecimiento 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 A</b>	<p>Oficina del Defensor del Pueblo del Cuidado a Largo Plazo del Estado División de Envejecimiento y Servicios para adultos mayores 1789 W Jefferson Ave, Mail Drop 6288 Phoenix, AZ 85007</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p><b><u><a href="https://des.az.gov/services/older-adults/long-term-care-ombudsman">https://des.az.gov/services/older-adults/long-term-care-ombudsman</a></u></b></p>

---

## **SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados.**

---

La página web **Medicare.gov** (**<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>**) ofrece información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de ayuda, que se describen a continuación.

## **Programa “Ayuda Adicional” de Medicare**

Como tiene derecho a Medicaid, reúne los requisitos y está recibiendo “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. No necesita hacer nada más para obtener esta "Ayuda adicional". Si tiene preguntas sobre la “Ayuda adicional”, llame a los siguientes sitios:

- **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- La Oficina del Seguro Social al **1-800-772-1213** entre las 8 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**;
- a su oficina estatal de Medicaid (consulte la Sección 6 de este Capítulo para obtener información de contacto).

Si cree que está pagando una cantidad incorrecta de gastos compartidos cuando adquiere medicamentos recetados en una farmacia, nuestro plan dispone de un proceso para que solicite ayuda para obtener pruebas de su nivel de copago adecuado o, si ya dispone de las pruebas, para que nos las proporcione.

- El beneficiario, el farmacéutico del beneficiario, defensor, representante, miembro de la familia u otra persona que tome medidas en nombre del beneficiario puede comunicarse con el Servicios para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). La documentación de evidencia se puede enviar por fax a **1-480-760-4635**, Atn: Medicare Operations-Best Available Evidence, o enviarla por correo a: BCBSAZ Health Choice Pathway, Atn: Medicare Operations-Best Available Evidence, o enviarla por correo a: P.O. 52033, Phoenix AZ 85072.
- Cuando recibamos la evidencia que muestra su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto al surtir su próxima receta en la farmacia. Si paga en exceso su copago, se lo reembolsaremos. Ya sea enviándole un cheque por el monto de su pago en exceso o compensándole los copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y está contabilizando su copago como una deuda suya, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Comuníquese con Servicios de Atención al Afiliado si tiene preguntas.

## **¿Qué pasa si usted cuenta con Ayuda adicional y cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?**

### **¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?**

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a que las personas que tienen VIH/SIDA y que son elegibles para el ADAP tengan acceso a los medicamentos vitales para tratar el VIH. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP reúnen los requisitos para la asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados a través del Departamento de Servicios de Salud (ADHS). En Arizona, el Departamento de Servicios de Salud (Department of Health Services, ADHS) administra el ADAP.

**Nota:** para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluido un comprobante de residencia en el estado y el estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y condición de no asegurado o con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifíquesele a su trabajador local de inscripciones del ADAP para que pueda seguir recibiendo asistencia. 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** o al **1-800-334-1540**.

### **El plan de pagos de los medicamentos recetados de Medicare**

El Plan de pagos de los medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pagos que funciona con su cobertura actual de medicamentos y que puede ayudarle a administrar sus costos de medicamentos al distribuirlos en **pagos mensuales que varían durante el transcurso del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a gestionar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce el costo de sus medicamentos.** La "Ayuda adicional" de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que cumplan los requisitos, es más ventajosa que la participación en el Plan de pagos de los medicamentos recetados. Todos los afiliados pueden participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Póngase en contacto con nosotros o visite **Medicare.gov** para saber si esta opción de pago es adecuada para usted.

<b>Método</b>	<b>El plan de pagos de los medicamentos recetados de Medicare: información de contacto</b>
<b>LLAME AL</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 a la semana (excepto días festivos). El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	<b>711</b> Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m. los siete días a la semana (excepto días festivos).
<b>ESCRIBA A</b>	BCBSAZ Health Choice Pathway Centro de información del plan de pagos de los medicamentos recetados de Medicare 8194 W. Deer Valley Rd. #106-430 Peoria, AZ 85382
<b>SITIO WEB</b>	<b><a href="http://azblue.com/hcpathway">azblue.com/hcpathway</a></b>

---

## **SECCIÓN 8      Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario**

---

La Junta de Retiro Ferroviario es un organismo federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios y sus familias a nivel nacional. Si usted recibe su Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios derivados de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con el organismo.

Método	Junta de Retiro Ferroviario: información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la RRB de 9:00 am a 3:30 pm, los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 am a 12:00 pm los miércoles. Si presiona “1”, puede acceder a la línea de atención automática de RRB y a la información grabada, las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	<a href="http://rrb.gov/">rrb.gov/</a>

## SECCIÓN 9 Puede obtener ayuda de la Agencia de área sobre el envejecimiento de Arizona

La Agencia de Área sobre el Envejecimiento (Area Agency on Aging, AAA) de Arizona es una agencia pública o sin fines de lucro que ayuda a las personas mayores de Arizona. Las AAA son elegidas por el estado para planificar y coordinar los servicios a nivel local.

Las AAA proporcionan servicios basados en el hogar y la comunidad, abogan por los adultos mayores y ofrecen información sobre programas, opciones y apoyos comunitarios.

Método	Agencia de Área sobre el Envejecimiento de Arizona: información de contacto
LLAME AL	1-602-264-2255 (condado de Maricopa) 1-520-836-2758 o 1-800-293-9393 (condado de Pinal y Gila) 1-877-521- 3500 (condados de Apache, Navajo y Coconino) 1-928-213-5215 (área local de Flagstaff) 1-928-753-6247 (condado de Mohave)
SITIO WEB	<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>

# CAPÍTULO 3:

*Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos*

---

## **SECCIÓN 1      Cosas que debe saber sobre cómo recibir atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan**

---

Este Capítulo explica lo que necesita saber sobre el uso del plan para recibir atención médica y otros servicios cubiertos. Proporciona definiciones de términos y explica las normas que deberá seguir para recibir los tratamientos médicos, los servicios de salud, equipos y medicamentos recetados y otro tipo de atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre la atención médica y otros servicios cubiertos por nuestro plan, consulte la tabla de prestaciones del Capítulo siguiente, Capítulo 4 (*Tabla de prestaciones médicas, qué está cubierto*).

<b>Sección 1.1      ¿Qué son los proveedores de la red y los servicios cubiertos?</b>
---------------------------------------------------------------------------------------

- **Los Proveedores** son médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término proveedores también incluye hospitales y otras instalaciones de atención médica.
- **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otras instalaciones de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago como pago total. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le proporcionan. Cuando usted realiza una visita a un proveedor de la red, no paga nada de los servicios cubiertos.
- **Los servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios sanitarios, el equipo de suministros y los medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica figuran en la tabla de prestaciones del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se tratan en el Capítulo 5.

<b>Sección 1.2      Normas básicas para recibir atención médica y otros servicios cubiertos por el plan</b>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

BCBSAZ Health Choice Pathway, como plan de salud de Medicare, debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios adicionales a los cubiertos por Original Medicare, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Generalmente, BCBSAZ Health Choice Pathway cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención médica que recibe esté incluida en la Tabla de Beneficios médicos del plan** (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).

**Capítulo 3 Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**

---

- **La atención médica que recibe se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipo 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.
- **Tenga un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) de la red que le proporciona atención médica y supervisa su salud.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este Capítulo).
  - En algunas situaciones, nuestro plan debe darle su aprobación por adelantado antes de que pueda recurrir a otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de asistencia sanitaria a domicilio. A esto se le llama darle una referencia. Consulte la Sección 2.3 de este Capítulo para obtener más información.
  - No se requieren derivaciones de su médico de cabecera para la atención o los servicios necesarios de urgencia. También hay algunos otros tipos de atención que puede recibir sin tener la aprobación previa de su médico de cabecera (para más información al respecto, consulte la Sección 2.2 de este Capítulo).
- **Debe recibir atención médica de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este Capítulo). En la mayoría de los casos, la atención médica que recibe 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 tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *Aquí hay tres excepciones:*
  - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber qué significa servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este Capítulo.
  - 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 necesite obtener una autorización previa de BCBSAZ Health Choice Pathway. En este caso, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención médica de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este Capítulo.
  - El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o sea inaccesible temporalmente. Los gastos



**Capítulo 3 Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**

---

compartidos que pague al plan por la diálisis nunca podrán superar los gastos compartidos de Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que no pertenece a la red del plan, su costo compartido no puede superar el que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted decide obtener los servicios dentro del área de servicio de un proveedor ajeno a la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser más elevado.

---

**SECCIÓN 2 Utilizar proveedores de la red del plan para recibir atención médica y otros servicios.**

---

<b>Sección 2.1</b>	<b>Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que le proporcione atención médica y supervise su salud</b>
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

Un proveedor de atención primaria (PCP) es un profesional cualificado que cumple los criterios del estado de Arizona y cuyo objetivo es proporcionarle la atención y el tratamiento médicos esenciales. Una vez que se afilie a nuestro plan, deberá seleccionar un proveedor del plan como su PCP. Como se indica a continuación, su PCP será responsable de su atención sanitaria habitual y fundamental. Además, su PCP podría supervisar otros servicios cubiertos que reciba como parte de nuestro plan, entre los que se incluyen:

- Radiografías
- Pruebas de laboratorio
- Terapias
- Atención por parte de médicos especialistas
- Hospitalización y
- Atención de seguimiento.

El proceso de coordinación de sus servicios implica revisar o discutir su atención con los proveedores del plan. Si necesita servicios o suministros cubiertos específicos, es posible que tenga que solicitar la aprobación previa de su PCP. Ocasionalmente, es posible que su PCP también necesite obtener nuestra autorización previa.

**¿Cómo elige a su PCP?**

Su PCP es una figura crucial en su atención médica durante un largo periodo, por lo que es esencial que elija a alguien con quien se sienta a gusto. Para seleccionar su PCP, puede consultar el Directorio de proveedores o visitar el sitio web de BCBSAZ Health Choice Pathway en [azblue.com/hcpathway](https://www.azblue.com/hcpathway) y hacer clic en el enlace "Buscar un médico/farmacia" en la parte superior de la página. Una vez que haya hecho su

**Capítulo 3 Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**

---

elección, póngase en contacto con BCBSAZ Health Choice Pathway para informarnos del proveedor que ha elegido. Si no nos notifica su elección, BCBSAZ Health Choice Pathway le asignará un PCP cerca de su domicilio. Si desea cambiar de PCP en cualquier momento, póngase en contacto con el Servicio de para Miembros e indique el proveedor de la red al que prefiere acudir.

**Cambiar a su PCP**

Puede cambiar a su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que buscar un nuevo PCP. Si usted cambia a su PCP, esto puede tener como consecuencia que usted se limite a especialistas u hospitales específicos a los que el PCP lo derive.

Si desea cambiar de PCP, póngase en contacto con el Servicio para Miembros. Es importante que comunique al Servicio para Miembros si está recibiendo otros servicios cubiertos que requieren la aprobación de su PCP, como los servicios sanitarios a domicilio y el equipo médico duradero. El Servicio para Miembros garantizará la continuación de su atención especializada y otros servicios que esté recibiendo antes de cambiar de PCP. También verificarán si el PCP solicitado acepta actualmente nuevos pacientes. El Servicio para miembros actualizará su expediente de afiliación con su nuevo PCP y le informará de la fecha de entrada en vigor de este cambio. Normalmente, este cambio entra en vigor inmediatamente después de recibir su solicitud.

<b>Sección 2.2</b>	<b>¿Qué tipo de atención médica y otros servicios puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP?</b>
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de los senos, mamografías de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los obtenga de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe (o vacunas), vacunas COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia cubiertos por el plan, que son servicios que requieren atención médica inmediata y no son emergencias, siempre que usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan o que no sea razonable, teniendo en cuenta su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son las enfermedades y lesiones

**Capítulo 3 Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**

---

médicas imprevistas o los brotes inesperados de afecciones ya existentes. Sin embargo, las visitas rutinarias médicamente necesarias a un proveedor, como las revisiones anuales, no se consideran urgentes aunque usted se encuentre fuera del área de servicio del plan o la red del plan no esté disponible temporalmente.

- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, comuníquese con el Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras está fuera.
- Servicios de la visión y de audición cubiertos por BCBSAZ Health Choice Pathway no proporcionados por Original Medicare.
- Los servicios de los médicos especialistas, excepto el tratamiento del dolor, requieren aprobación previa.

<b>Sección 2.3</b>	<b>Cómo recibir atención médica de especialistas y otros proveedores de la red</b>
--------------------	------------------------------------------------------------------------------------

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

- 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.

Cuando su proveedor de atención primaria (PCP) cree que necesita un tratamiento especializado, el servicio puede requerir una autorización previa. Excepto para el tratamiento del dolor, ya no necesitará una autorización previa o una derivación para consultar a un médico especialista. No obstante, la colaboración con su médico de cabecera para identificar al especialista adecuado a sus necesidades sigue siendo crucial. Para seleccionar un especialista de la red BCBSAZ Health Choice Pathway, visite nuestro sitio web [azblue.com/hcpathway](http://azblue.com/hcpathway) y haga clic en el enlace "Buscar un médico/farmacia" en la parte superior de la página o consulte nuestro Directorio de proveedores.

Puede que necesite obtener una aprobación, denominada decisión favorable de cobertura, por adelantado de BCBSAZ Health Choice Pathway si el especialista que ha elegido no está dentro de la red del plan, o si su especialista solicita un procedimiento médico. Este proceso se conoce como obtener una autorización previa. Si procede sin

## Capítulo 3 Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

---

obtener una autorización previa antes de consultar a un especialista fuera de la red, podría ser responsable de cubrir los gastos usted mismo. Si su proveedor tiene intención de concertar una cita, presentará una solicitud de autorización previa a nuestro plan para su evaluación y aprobación. La revisión de esta solicitud suele tardar unos días laborables. La consulta de nuestro PCP o el proveedor le notificarán el estado de aprobación de la solicitud de autorización previa. Si se rechaza la solicitud de su médico, nuestro plan le enviará un aviso de rechazo y le proporcionará información sobre sus derechos y apelaciones.

Consulte la Tabla de Beneficios que se encuentra en la Sección 2.1 del Capítulo 4 para las cuestiones que requieren autorización previa.

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 hemos tomado.

Si usted cambia a su PCP, esto puede tener como consecuencia que usted se limite a especialistas u hospitales específicos a los que el PCP lo derive.

El personal de autorización previa está disponible entre las 8:00 a. m. y las 5:00 p. m. llamando al número principal de BCBSAZ Health Choice Pathway al **1-800-656-8991 TTY 711**. Las comunicaciones recibidas fuera del horario laboral normal se devuelven al siguiente día laborable, y las recibidas después de medianoche de lunes a viernes se responden el mismo día laborable.

### **¿Qué sucede si un especialista o algún otro proveedor de la red abandona nuestro plan?**

Podemos cambiar los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que forman parte de su plan en el transcurso del año. Si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede modificarse en el transcurso del año, Medicare nos exige que le facilitemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor abandona nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
  - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, se lo notificaremos si ha acudido a ese proveedor en los últimos tres años.
  - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, se lo notificaremos si usted está asignado a ese proveedor, recibe actualmente cuidados de él o le ha visto en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor cualificado dentro de la red al que pueda acceder para recibir una atención continuada.

**Capítulo 3 Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**

---

- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizarlo, que continúe el tratamiento médicamente necesario o las terapias que está recibiendo.
- Le proporcionaremos información sobre los distintos periodos de inscripción que tiene a su disposición y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Nos ocuparemos de cualquier beneficio cubierta médicamente necesaria fuera de nuestra red de proveedores, pero con los costos compartidos dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Requiere autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista se retirará de su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a buscar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si considera que no hemos puesto a su disposición un proveedor calificado en reemplazo del proveedor anterior, o que su atención no está siendo administrada de manera adecuada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención al QIO, una queja sobre la calidad de la atención al plan, o ambas. Consulte el Capítulo 9.

**Sección 2.4****Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red**

**Usted debe recibir atención médica de un proveedor de la red.** En la mayoría de los casos, la atención médica que recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta.

Aquí hay tres excepciones:

- El plan cubre la atención de emergencia o de urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este Capítulo.
- En los casos en los que la atención médica que necesite esté obligatoriamente cubierta por Medicare o AHCCCS (Medicaid), y los proveedores de nuestra red no puedan ofrecer esta atención, tiene la opción de recibir dicha atención de un proveedor fuera de la red. Sin embargo, es necesario obtener una autorización, también conocida como decisión de cobertura, para los proveedores fuera de la red. Tanto usted como su proveedor deben obtener esta autorización antes de que se presten los servicios. En tales casos, proporcionaremos una cobertura para estos servicios equivalente a la atención recibida de un proveedor de la red. Consulte el Capítulo 9 (Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)) para obtener información

**Capítulo 3 Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**

---

sobre qué hacer si desea obtener una autorización (una decisión de cobertura) de nuestra parte.

- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.

**Fuera del área de servicio**

Si viaja fuera del área de servicio de BCBSAZ Health Choice o se muda fuera del estado y tiene una emergencia, acuda al servicio de urgencias más cercano. Si la necesidad no es urgente póngase en contacto con nosotros para que le ayudemos.

**Consulta con un proveedor fuera de la red**

BCBSAZ Health Choice tiene una amplia red de proveedores que se adaptan a sus necesidades. Estos proveedores se pueden identificar llamando a Servicios de Atención al Afiliado o buscando los proveedores en nuestro sitio web. En caso de que deba recibir atención de un proveedor no contratado, llámenos directamente o trabaje con su PCP para encontrar una alternativa con contrato. En una emergencia, busque atención médica de inmediato, independientemente de si el proveedor está dentro de la red contratada o no.

---

**SECCIÓN 3      Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesita recibir atención urgente o durante un desastre**

---

<b>Sección 3.1      Recibir atención si tiene una emergencia médica</b>
-------------------------------------------------------------------------

**¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer si tiene una?**

Una **emergencia médica** tiene lugar cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento medio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de su vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de un miembro o de la función de un miembro, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

En caso de tener una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga una aprobación

## Capítulo 3 Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

---

o una derivación de su PCP. No es necesario que recurra a un médico de la red. Puede obtener asistencia médica de urgencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con la licencia estatal correspondiente, aunque no forme parte de nuestra red.

- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado sobre su emergencia.** Necesitamos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. La información de contacto de BCBSAZ Health Choice Pathway se encuentra en la contraportada de este manual y también en la contraportada de la tarjeta de membresía del plan.

### ¿Qué está cubierto en caso de tener 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. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Usted no está cubierto fuera de los Estados Unidos, excepto en circunstancias limitadas.

Los médicos que le proporcionan atención de emergencia decidirán cuándo su condición es estable y la emergencia médica ha terminado.

Una vez que haya pasado la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su afección continúe estable. Sus médicos seguirán tratándole hasta que sus médicos se pongan en contacto con nosotros y hagan planes para cuidados adicionales. Nuestro plan cubrirá su atención de seguimiento. Si su atención de emergencia es proporcionada por proveedores fuera de la red, intentaremos hacer arreglos para que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su condición 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, usted puede acudir para recibir atención de emergencia, pensando que su salud está en grave peligro, y el médico puede decir que, después de todo, no se trataba de una emergencia médica. Si resulta que no fue una emergencia, siempre que haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

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

**Capítulo 3 Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**

- Acude a un proveedor de la red para recibir atención adicional.
- – o – La atención adicional que recibe se considera como “servicios requeridos urgentemente” y usted sigue las normas para recibir esta atención de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 a continuación).

**Sección 3.2 Recibir atención cuando necesita servicios de urgencia****¿Qué son los servicios requeridos urgentemente?**

Un servicio cubierto por el plan que requiera atención médica inmediata y que no sea una urgencia es un servicio necesario de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si no es razonable, teniendo en cuenta su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de afecciones ya existentes. Sin embargo, las visitas rutinarias médicamente necesarias a un proveedor, como las revisiones anuales, no se consideran urgentes aunque usted se encuentre fuera del área de servicio del plan o la red del plan no esté disponible temporalmente.

Cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos, se puede acceder a la atención de urgencia utilizando cualquier centro de atención de urgencia disponible. Consulte el Directorio de proveedores para obtener una lista de los Centros de atención urgente de la red. También puede hacer clic en "Buscar un médico" en nuestra página web [azblue.com/hcpathway](https://www.azblue.com/hcpathway) o llamar a Servicios para Miembros.

Se aconseja buscar los servicios que se necesiten con urgencia en los proveedores de la red siempre que sea posible. Sin embargo, si los proveedores de la red no están disponibles o son inaccesibles temporalmente y no es posible esperar a que le atienda un proveedor de la red, 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**, 7 días a la semana, 24 horas al día. 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.



**Capítulo 3 Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**

---

**Sección 3.3 Recibir atención médica 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, usted aún tiene derecho a recibir atención médica de su plan.

Visite el siguiente sitio web: [azblue.com/hcpathway](http://azblue.com/hcpathway) para obtener información sobre cómo recibir la atención médica necesaria durante un desastre.

Si no puede acudir con un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá recibir atención médica de proveedores fuera de la red con costos compartidos dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

---

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

---

**Sección 4.1 Usted puede solicitarnos que paguemos el costo de los servicios cubiertos.**

Si ha pagado los servicios cubiertos o si ha recibido una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

**Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios?**

BCBSAZ Health Choice Pathway cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 de este documento. Usted es responsable de cubrir el costo completo de los servicios no cubiertos por el plan, ya sea porque no están incluidos en los servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red sin autorización. Antes de pagar el costo de los servicios, se recomienda verificar si AHCCCS (Medicaid) cubre el servicio en cuestión.

Si tiene alguna duda sobre la cobertura de un servicio o atención médica que esté considerando, tiene derecho a informarse sobre su cobertura antes de proceder. También tiene derecho a solicitar esta información por escrito. Si le comunicamos que no cubriremos un servicio concreto, conserva el derecho a impugnar nuestra elección y apelar la decisión de no cubrir su atención.

**Capítulo 3 Usar el plan para 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 hemos tomado. También puede comunicarse al Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El importe que pague por los gastos una vez alcanzado el límite de prestaciones no se tomarán en cuenta para el máximo bolsillo. Por ejemplo, si recibe cuidados en un centro de enfermería especializada después de que el pago del plan alcance el límite del beneficio, es posible que tenga que cubrir todo el costo. Una vez agotado el límite de su beneficio, cualquier otro pago por el servicio no se incluirá en máximo de bolsillo anual. Si desea saber cuánto se ha utilizado de su límite de prestaciones, puede ponerse en contacto con Servicios para Miembros.

---

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

---

**Sección 5.1      ¿Qué es un estudio de investigación clínica?**

Un estudio de investigación clínica (también llamado *ensayo clínico*) es una forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica. Por ejemplo, qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen solicitar la participación de voluntarios en el estudio.

Una vez que Medicare aprueba el estudio, y usted exprese interés, alguien que trabaje en el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están dirigiendo el estudio. Puede participar en el estudio siempre que cumpla con los requisitos para el estudio y comprenda y acepte plenamente lo que implica su participación en dicho estudio.

Si usted participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si nos comunica que participa en un ensayo clínico cualificado, sólo será responsable de los costos compartidos dentro de la red correspondientes a los servicios de dicho ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el importe del costo compartido de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. No obstante, deberá presentar documentación que nos demuestre cuánto ha pagado. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su

**Capítulo 3 Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**

---

atención médica (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita avisarnos u obtener nuestra aprobación ni la de su PCP. Los proveedores que le proporcionan atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan ser parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye las prestaciones de las que es responsable nuestro plan que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Entre ellas se incluyen ciertas prestaciones especificadas en las determinaciones nacionales de cobertura que requieren cobertura con desarrollo de pruebas (NCDs-CED) y estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE) y pueden estar sujetas a autorización previa y otras normas del plan.

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para los inscritos en Medicare Advantage por Medicare Original, le animamos a que nos lo notifique con antelación cuando decida participar en ensayos clínicos cualificados por Medicare.

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

<b>Sección 5.2</b>	<b>Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?</b>
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------

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

- Habitación y comida durante hospitalización, que Medicare pagaría incluso si usted no estuviera participando en un estudio clínico
- Una cirugía u otro procedimiento médico en caso de ser parte del estudio de investigación clínica.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones derivados de la nueva atención médica.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, pagaremos la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio clínico que pagaría si recibiera estos servicios de nuestro plan. No obstante, deberá presentar la documentación que demuestre la cuantía de los costos compartidos que ha abonado. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

**Capítulo 3 Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**

---

*A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido:* Supongamos que usted se realiza una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación clínica. Supongamos también que su parte de los costos de esta prueba es de \$20 según Original Medicare, pero según los beneficios de nuestro plan su parte de los costos de la prueba sería de \$10. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría el copago de \$20 que exige Medicare Original. A continuación, deberá notificar a su plan que ha recibido un servicio de ensayo clínico cualificado y presentar al plan documentación como, por ejemplo, una factura del proveedor. El plan le pagaría entonces directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, la misma cantidad que pagaría con las prestaciones de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, deberá presentar documentación al mismo, como una factura del proveedor.

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

- Generalmente, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando, a menos que Medicare cubra dicho artículo o servicio incluso si usted *no* estuviera participando en un estudio clínico.
- Artículos o servicios proporcionados solo para recopilar datos y que no son utilizados en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio clínico si su afección médica normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.
- Artículos y servicios proporcionados habitualmente por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para cualquier inscrito en el ensayo.

**¿Desea saber más?**

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica visitando la página web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare y los estudios de investigación clínica*. (Esta publicación está disponible en: [www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf).) También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

---

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

---

<b>Sección 6.1</b>	<b>¿Qué es una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud?</b>
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

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 contradice las creencias religiosas de un miembro, nuestro plan proveerá cobertura para atención en una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud. Este beneficio se provee únicamente para servicios de internación de la Parte A (servicios de atención que no sean médicos).

<b>Sección 6.2</b>	<b>Obtener atención médica en una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud</b>
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

Para recibir atención en una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud, deberá firmar un documento legal en el que declare que conscientemente se opone a recibir tratamientos médicos **no exceptuados**.

- Atención o tratamientos médicos **no exceptuados** se refiere a cualquier tipo de atención médica o tratamiento médico *voluntario* y *no requerido* por las leyes federales, estatales o locales.
- El tratamiento médico **exceptuado** es la atención o el tratamiento médico que usted recibe y que *no* es voluntario o que *es obligatorio* en virtud de la legislación 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.
- La cobertura de servicios de nuestro plan que usted recibe está limitada a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución provistos en un centro, se deben cumplir con las siguientes condiciones:

## Capítulo 3 Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Usted debe tener una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos para atención médica en un hospital para pacientes internados o atención en centros de enfermería especializada.
- – y – Debe obtener aprobación previa por parte de nuestro plan antes de ingresar al centro; de lo contrario, su internación no estará cubierta.

Ningún proveedor en la red de BCBSAZ Health Choice Pathway se niega a proporcionar servicios debido a objeciones morales o religiosas. Si tiene preguntas sobre los servicios cubiertos, también puede llamar a Servicios de Atención al Afiliado para obtener ayuda.

---

## SECCIÓN 7 Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero

---

<b>Sección 7.1</b>	<b>¿Usted será propietario del equipo médico duradero después de realizar un determinado número de pagos según nuestro plan?</b>
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

El equipo médico duradero (Durable medical equipment, DME) incluye artículos tales como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores, y camas de hospital que un proveedor solicita para uso domiciliario. Determinados elementos, como los dispositivos protésicos, siempre son propiedad del miembro. En esta Sección, mencionaremos otros tipos de equipo médico duradero que se deben alquilar.

En Original Medicare, 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 BCBSAZ Health Choice Pathway, en determinadas circunstancias, también le transferiremos la propiedad del artículo 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 para obtener más información.

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

Si no adquirió la propiedad del equipo médico duradero mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos al cambiarse a Original Medicare para convertirse en su propietario de artículo. Los pagos realizados por nosotros mientras estaba inscrito en su plan no cuentan.

**Capítulo 3 Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**

---

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 el Medicare Original no cuentan. Tendrá que realizar 13 pagos a nuestro plan antes de poseer el artículo.

Ejemplo 2: Realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en nuestro plan. A continuación, volverá al Medicare Original. Tendrá que efectuar 13 nuevos pagos consecutivos para tenerlo una vez que vuelva a afiliarse al Medicare Original. Todos los pagos anteriores (ya sean a nuestro plan o a Medicare Original) no cuentan.

<b>Sección 7.2</b>	<b>Normas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento</b>
--------------------	--------------------------------------------------------------------

**¿A qué beneficios relacionados con el oxígeno tiene derecho?**

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

- 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 abandona BCBSAZ Health Choice Pathway o ya no necesita un equipo de oxígeno por motivos médicos, el equipo de oxígeno debe devolverse.

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

Medicare Original exige que un proveedor de oxígeno le preste sus servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de cinco años puede optar por quedarse en la misma empresa o irse a otra. En ese momento, el ciclo de cinco años comienza de nuevo, aunque permanezca en la misma compañía, lo que le obliga a pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se afilia o abandona nuestro plan, el ciclo de cinco años vuelve a empezar.

# CAPÍTULO 4

*Cuadro de beneficios médicos  
(lo que está cubierto)*



---

## **SECCIÓN 1 Entender los servicios cubiertos**

---

Este Capítulo proporciona una Tabla de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos como miembro de BCBSAZ Health Choice Pathway. Más adelante en este Capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se incluye información sobre las limitaciones para ciertos servicios.

<b>Sección 1.1</b>	<b>Usted no paga nada por sus servicios cubiertos</b>
--------------------	-------------------------------------------------------

Como recibe asistencia del AHCCCS (Medicaid), no paga nada por los servicios cubiertos siempre que siga las normas de los planes para recibir su atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las normas de los planes para recibir sus cuidados).

<b>Sección 1.2</b>	<b>¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de Medicare Parte A y Parte B?</b>
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de AHCCCS (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan alguna vez este monto máximo de gastos de bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo adicional para alcanzar el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Dado que usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, existe un límite en cuanto a la cantidad que usted debe pagar de su bolsillo cada año por servicios médicos que se encuentran cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina monto máximo de su propio bolsillo (MOOP) por servicios médicos. Para el año natural 2025 esta cantidad es de \$8,400.

Los montos que debe pagar por copagos y coseguro por los servicios cubiertos cuentan para este monto máximo a pagar de su bolsillo. Los montos que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D no se toman en cuenta para el monto máximo de bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para el cálculo del monto máximo a pagar de su propio bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la tabla de prestaciones médicas. Si usted alcanza el monto máximo a pagar de su propio bolsillo de \$8,400, no deberá pagar ningún otro gasto de su bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. No obstante, debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B (a menos que AHCCCS [Medicaid] u otro tercero paguen la prima de la Parte B).

---

## SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de prestaciones médicas* para saber qué está cubierto

---

Sección 2.1	Sus <i>beneficios</i> médicos como un miembro del plan
-------------	--------------------------------------------------------

La Tabla de Beneficios de las siguientes páginas, enumera los servicios cubiertos por BCBSAZ Health Choice Pathway. La cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios se cubren solo cuando se reúnen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben ser provistos según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipo y la parte B de los medicamentos recetados) *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 periodo 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.
- Usted debe recibir atención médica de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta a menos que se trate de atención de urgencia o emergencia o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya dado una remisión. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que lo cuida y supervisa la atención que recibe. En algunas situaciones, su médico de cabecera debe darle su aprobación por adelantado antes de que pueda acudir a otros proveedores de la red del plan. A esto se le llama darle una referencia.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solamente* si su médico u otro proveedor de la red obtienen una aprobación previa (a veces llamada autorización previa) de nosotros. Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos con la leyenda "Es posible que se requiera autorización previa".
- También podemos cobrarle "tarifas administrativas" por las citas perdidas o por no pagar el costo compartido requerido en el momento del servicio. Llame a Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre estas tarifas administrativas.

Otros puntos importantes que considerar sobre nuestra cobertura:

- Está cubierto tanto por Medicare como por AHCCCS Medicaid: Medicare cubre la atención médica y los medicamentos recetados. AHCCCS (Medicaid) cubre su parte del costo compartido por los servicios de Medicare. AHCCCS (Medicaid) también cubre los servicios que Medicare no cubre, como los servicios a domicilio y comunitarios.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que Original Medicare cubre. (Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, revise su manual *Medicare y Usted 2025*. Consúltelo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) u obtenga una copia llamando al teléfono **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al teléfono **1-877-486-2048**).
- En el caso de todos los servicios médicos preventivos que están cubiertos sin costo conforme a Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo alguno para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o control por una afección médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para la afección médica existente.
- Si Medicare aumenta la cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2025, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirán dichos servicios.
- Si está en el periodo de 6 meses de elegibilidad continua considerada de nuestro plan, continuaremos proporcionando todos los beneficios cubiertos que correspondan del plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este periodo no continuaremos cubriendo los beneficios de AHCCCS (Medicaid) que están incluidos en el plan estatal de AHCCCS (Medicaid), ni pagaremos los costos compartidos de Medicare por los que el estado sería responsable de otro modo. Los importes de los costos compartidos de Medicare para las prestaciones básicas y complementarias de Medicare no cambian durante este periodo.

**Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo AHCCCS (Medicaid), no paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.**

Información importante sobre las prestaciones para los miembros que reúnen los requisitos para la "Ayuda adicional":

- Si recibe "Ayuda adicional" para pagar los gastos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro, es posible que pueda optar a otras prestaciones complementarias específicas o a una reducción específica de los costos compartidos. Usted cumple los requisitos:
  - La eliminación de los costos compartidos de los medicamentos de la Parte D. Para más detalles, consulte el Capítulo 6.

- El beneficio suplementario de alimentos y productos sanos. Para más detalles, consulte la fila de la tarjeta de medicamentos sin receta (OTC) y de alimentos y productos saludables en la Tabla de beneficios médicos que figura a continuación.
- Para más detalles, vaya a la fila **VBID** del cuadro de prestaciones médicas que figura a continuación.


Si se le diagnostica alguna de las siguientes afecciones crónicas que se identifican a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para recibir los beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas.

- Insuficiencia cardíaca crónica (CHF)
- Trastornos pulmonares crónicos
- Diabetes
- Secuelas posagudas de la infección por SARS CoV-2 (PASC)/COVID prolongado
- Los servicios prestados se basarán en la necesidad del individuo o en un plan de atención desarrollado con el miembro/proveedor
- Su proveedor puede solicitar estos servicios por usted.
- El administrador de cuidados puede evaluarle y ofrecerle estos servicios en función de sus necesidades.
- Para obtener más detalles, consulte la fila *Beneficios Complementarios Especiales para personas con enfermedades crónicas* en la Tabla de Beneficios Médicos a continuación.
- Póngase en contacto con nosotros para saber exactamente a qué prestaciones puede optar.






Verá esta manzana al lado de los servicios médicos preventivos en la Tabla de Beneficios.

### Tabla de los beneficios cubiertos por Medicaid




<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p> <b>Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</b> Un solo examen preventivo de ultrasonido para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen preventivo si usted posee ciertos factores de riesgo y si obtiene una derivación para ello de parte de su médico, auxiliar médico, enfermera especializada o especialista de enfermería clínica.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo.</p>
<p><b>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</b> Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• un dolor que dura 12 semanas o más;</li><li>• inespecífico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.);</li><li>• no asociado con una cirugía; y</li><li>• no asociado con el embarazo.</li></ul> <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que muestren mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o empeora. Requisitos del proveedor: Los médicos (tal y como se definen en 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social (la Ley)) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), las enfermeras practicantes (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (tal y como se identifican en 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables y tienen:</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare.</p>


<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación en Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y,</li><li>• una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para ejercer la acupuntura en un estado, territorio o estado Libre asociado (es decir, 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, un PA o un NP/CNS exigido por nuestra normativa en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.</p>	
<p><b>Acupuntura de rutina (complementario)*</b></p> <p>Cubrimos 12 visitas rutinarias de acupuntura al año.</p> <p>Este beneficio es adicional al servicio de acupuntura cubierto por Medicare. El beneficio incluye la cobertura suplementaria para evaluación y tratamiento, acupuntura y acupresión, modalidades y procedimientos terapéuticos para el tratamiento de síndromes del dolor, afecciones musculoesqueléticas y náuseas que no están cubiertos por los beneficios requeridos por los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Los servicios de acupuntura de rutina son proporcionados por proveedores participantes de American Specialty Health (ASH).</p> <p>Este beneficio no cubre el tratamiento de:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pérdida de peso</li><li>• Disfunción sexual</li><li>• Afecciones mentales como depresión, dejar de fumar o adicción a las drogas o al alcohol</li></ul> <p>Para encontrar un proveedor participante, visite <b>Ashlink.com/ash/BCBSAZHCP</b>. Si tiene más preguntas, llame al <b>1-800-678-9133</b>, TTY <b>711</b> de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de acupuntura de rutina.</p>


<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios de ambulancia</b></p> <p>Los servicios de ambulancia (ya sea para una situación de emergencia o de no emergencia) cubiertos incluyen servicios de traslado en ambulancia en aeronaves de alas fijas, aeronaves de alas giratorias y por tierra al centro correspondiente más cercano que pueda proveer atención solo a miembros con afecciones médicas para las cuales otros medios de transporte puedan ser peligrosos para la salud del paciente o si lo autoriza el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, deberá documentarse que el estado del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p> <p>El costo compartido se aplica por un viaje de ida. Puede ser necesaria una autorización previa para el transporte no urgente.</p>
<p> <b>Consulta preventiva anual</b></p> <p>Si tiene la Parte B desde hace más de 12 meses, puede obtener una consulta preventiva anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de su salud actual y sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p><b>Nota:</b> Su primera consulta preventiva anual no se puede realizar en los 12 meses posteriores a su consulta preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>. Sin embargo, no es necesario que se haya realizado una consulta de <i>Bienvenida a Medicare</i> para tener cobertura para consultas preventivas anuales luego de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar cubierta por Medicare.</p>
<p><b>Examen físico de rutina anual (suplementario)*</b></p> <p>El examen físico anual de rutina es un examen físico integral que incluye una recopilación de los antecedentes médicos y también puede incluir cualquiera de los siguientes: signos vitales, observación del aspecto general, examen de cabeza y cuello, examen de corazón y pulmones, examen abdominal, examen neurológico, examen dermatológico y examen de extremidades. La cobertura de este beneficio no cubierto por Medicare es adicional a la visita de bienestar anual cubierta por Medicare y a la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios.</p>

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Examen físico de rutina anual (suplementario)* (continuación)</b> Puede programar su examen físico de rutina anual una vez cada año calendario. Los análisis de laboratorio preventivos, exámenes de detección y/o pruebas de diagnóstico recibidos durante esta visita están sujetos a su cobertura de pruebas de laboratorio y diagnóstico. Para más información, consulte "Pruebas diagnósticas y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios".</p>	
<p> <b>Mediciones de masa ósea</b> Para personas que reúnen los requisitos (generalmente, son personas con riesgo de pérdida de masa ósea o con riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si se consideran médicamente necesarios: pruebas para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluido un informe médico de los resultados.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mediciones de masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> <b>Examen de detección de cáncer de mama (mamografías)</b> Los servicios cubiertos incluyen:</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 mujeres mayores de 40 años.</li><li>• Un examen clínico de mamas cada 24 meses.</li></ul>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b> Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplan ciertos requisitos con la orden de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que, por lo general, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p>






<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p> <b>Consulta para reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para enfermedades cardiovasculares)</b> Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, el médico puede analizar el uso de la aspirina (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté alimentándose correctamente.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedad cardiovascular de terapia conductual intensiva.</p>
<p> <b>Detección de enfermedades cardiovasculares</b> Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que están cubiertas una vez cada 5 años.</p>
<p> <b>Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino</b> Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses.</li><li>• Si tiene alto riesgo de sufrir cáncer de cuello uterino o de vagina o si usted se encuentra en edad fértil y obtuvo un resultado anormal de la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.</li></ul>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para prueba de Papanicolaou y exámenes pélvicos de prevención cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Servicios quiroprácticos</b> Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Solo cubrimos la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones.</li></ul>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios de quiropráctica (suplementario)*</b> Cubrimos 12 visitas rutinarias de quiropráctica al año.</p> <p>Este beneficio es adicional al servicio de quiropráctica cubierto por Medicare. Cobertura suplementaria para evaluación y tratamiento, radiografías, terapia de manipulación quiropráctica, modalidades, procedimientos terapéuticos y rehabilitación física para afecciones musculoesqueléticas de la columna vertebral y las extremidades. Los servicios quiroprácticos los brinda un Doctor en Quiropráctica (DC, por sus siglas en inglés) - un quiropráctico. Los servicios quiroprácticos de rutina son proporcionados por proveedores participantes de American Specialty Health (ASH).</p> <p>Para encontrar un proveedor participante, visite <b>Ashlink.com/ash/BCBSAZHCP</b>. Si tiene más preguntas, llame al <b>1-800-678-9133</b>, TTY <b>711</b> de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios quiroprácticos de rutina.</p>
<p> <b>Examen de detección de cáncer colorrectal</b> Están cubiertas las siguientes pruebas de detección:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• La colonoscopia no tiene limitación de edad mínima ni máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no presenten un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no presenten un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de cribado previa o un enema de bario.</li><li>• Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no presenten un riesgo elevado después de que el paciente haya recibido una colonoscopia de cribado. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario.</li></ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare, excluidos los enemas de bario, para los que se aplica el coseguro. 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>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p> <b>Examen de detección de cáncer colorrectal (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><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 3 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 3 años.</li><li>• Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de cribado o la última colonoscopia de cribado.</li><li>• Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin alto riesgo y mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después del último enema opaco de cribado o sigmoidoscopia flexible de cribado.</li></ul> <p>Las pruebas de cribado del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de cribado de seguimiento después de que una prueba de cribado del cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los enemas de bario cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Servicios dentales</b></p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como las limpiezas, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga actualmente los servicios odontológicos en un número limitado de circunstancias, concretamente cuando ese servicio es parte integrante del tratamiento específico de la afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia contra un cáncer que afecte a la mandíbula o los exámenes orales previos a un trasplante de riñón.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios dentales cubiertos por Medicare.</p>

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios dentales (suplementario)*</b></p> <p>Además, nuestro plan cubre los siguientes servicios odontológicos complementarios (es decir, de rutina):</p> <p>No hay monto máximo para servicios dentales preventivos y de diagnóstico.</p> <p>Servicios preventivos y de diagnóstico que incluyen:</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 al año, que constan de:<ul style="list-style-type: none"><li>○ una radiografía interproximal o radiografía simple; o</li><li>○ una radiografía completa de toda la boca (FMX) o radiografía panorámica. Solo se permite una radiografía completa/panorámica cada 36 meses.</li></ul></li></ul> <p>Asignación máxima de beneficios de \$3,500 por año calendario para servicios dentales integrales.</p> <p>Servicios integrales* que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios que no son de rutina</li><li>• Servicios de diagnóstico</li><li>• Servicios de restauración (p. ej., coronas, empastes, puentes para reemplazar un diente)</li><li>• Servicios de endodoncia</li><li>• Servicios de periodoncia</li><li>• Cirugía oral y maxilofacial incluyendo servicios de extracciones.</li><li>• Dentaduras postizas<ul style="list-style-type: none"><li>○ Con cobertura una vez cada cinco años.</li><li>○ Hasta cuatro ajustes por año.</li></ul></li></ul>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de odontológicos de rutina.</p>

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios dentales (suplementario)* (continuación)</b></p> <p>No cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Odontología protésica (incluye reconstrucciones faciales y dentales; por ejemplo, procedimientos cosméticos, implantes dentales y procedimientos de reconstrucción temporomandibular)</li></ul> <p>Se recomienda que realice una consulta sobre sus opciones de tratamiento con un proveedor de servicios odontológicos rutinarios participante antes de recibir los servicios. El tratamiento debe iniciarse y concluirse dentro del año del plan para tener derecho a la cobertura.</p> <p>Cualquier gasto ocasionado por servicios odontológicos no cubiertos por el plan será responsabilidad suya.</p> <p>Para que los servicios odontológicos complementarios tengan derecho a cobertura, los servicios deben obtenerse de un proveedor de la red.</p> <p>Si tiene preguntas sobre cómo encontrar un proveedor, presentar una reclamación, una lista detallada de los procedimientos cubiertos o si desea más información, llame al Servicio de Atención al Afiliado (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visite nuestra página web <a href="http://azblue.com/hcpathway">azblue.com/hcpathway</a>.</p>	
<p> <b>Examen de detección de depresión</b></p> <p>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 y/o derivaciones.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de examen de detección de depresión.</p>

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p> <b>Examen de detección de diabetes</b></p> <p>Cubrimos este examen de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de azúcar alta en la sangre (glucosa). Las pruebas también pueden cubrirse si usted reúne otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Puede optar a un máximo de dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de diabetes cubiertos por Medicare.</p>
<p> <b>Servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes</b></p> <p>Para todas las personas diabéticas (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Suministros para controlar la glucosa en sangre: Medidores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones para el control de la glucosa para probar la precisión de las tiras reactivas y los medidores.</li><li>• Para personas diabéticas con enfermedad del pie diabético grave: Un par de zapatos ortopédicos a medida por año calendario (incluidas plantillas provistas con el calzado) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas desmontables no hechas a medida provistas con este calzado). La cobertura incluye la adaptación a medida.</li><li>• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones.</li></ul>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para la capacitación en autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios y suministros para diabéticos cubiertos por Medicare, incluidos los zapatos o plantillas terapéuticas para diabéticos.</p> <p>Puede ser necesaria una autorización previa para las bombas de insulina.</p>

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados</b></p> <p>(Para una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12, así como el Capítulo 3, Sección 7 de este documento).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de asistencia para el habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si uno de nuestros proveedores en su área no vende una marca o no trabaja con un fabricante en particular, puede solicitarle que haga un pedido especial para usted.</p> <p>Generalmente, BCBSAZ Health Choice Pathway cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas ni fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos indique que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si usted es nuevo en BCBSAZ Health Choice Pathway y está usando una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos cubriendo esta marca por hasta 90 días. Durante este tiempo, debe consultar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada para usted después de este periodo de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede solicitarle que lo derive para una segunda opinión).</p> <p>Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del 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 apropiado para su afección médica. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9 <i>Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>).</p>	<p>Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es de \$0 cada mes. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses.</p> <p>Si antes de inscribirse en BCBSAZ Health Choice Pathway había realizado 36 meses de pago de alquiler para la cobertura de equipos de oxígeno, sus costos compartidos en BCBSAZ Health Choice Pathway son de \$0 de copago.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>


<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Atención médica de emergencia</b> La atención médica de emergencia se refiere a los servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia y</li><li>• Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.</li></ul> <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento medio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de un miembro o la pérdida de la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos para servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red son los mismos que para dichos servicios prestados dentro de la red.</p> <p>Disponible solo dentro de los Estados Unidos. Medicare cubre los servicios de emergencia en países extranjeros solo en circunstancias excepcionales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las visitas a urgencias cubiertas por Medicare.</p> <p>Si ingresa en el hospital en un plazo de 3 días por la misma enfermedad, pagará \$0 por la visita a urgencias.</p> <p>Si recibe atención médica de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado después de que se haya estabilizado su cuadro de emergencia, deberá retornar a un hospital de la red para que su atención médica se siga cubriendo o deberá pedir al plan que le autorice la atención médica como paciente internado en un hospital fuera de la red. El monto que le corresponde pagar será el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.</p>



<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Programa de acondicionamiento físico (suplementario)*</b></p> <p>Membresía de centros de acondicionamiento físico y kits para el hogar.</p> <p>El miembro puede elegir uno de los siguientes artículos para los kits para el hogar, los cuales incluyen la Guía de inicio rápido. La Guía de inicio rápido es una copia impresa con algunos ejercicios sugeridos y más información sobre SilverSneakers.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Podómetro para contar los pasos diarios</li><li>• Pelota SilverSneakers</li><li>• Banda de resistencia</li><li>• Correa para Yoga</li><li>• Inspire 3 Fitbit</li></ul> <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 con SilverSneakers en sedes participantes, 1 donde puede tomar clases 2 y usar los equipos para hacer ejercicio y otras instalaciones, sin ningún 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. SilverSneakers también lo conecta con una red de soporte y recursos en línea a través de videos SilverSneakers On-Demand y la aplicación móvil SilverSneakers GO. Usted también obtiene acceso a Burnalong® con una comunidad virtual de apoyo, miles de clases para todos los intereses y habilidades. Active su cuenta en línea gratuita en <b>SilverSneakers.com</b> para ver su número de identificación (ID) de miembro de SilverSneakers y explorar todo lo que SilverSneakers tiene para ofrecer.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el acondicionamiento físico, la aptitud de la memoria, el rastreador de actividad.</p>

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Programa de acondicionamiento físico (suplementario)* (continuación)</b></p> <p>Si tiene otras preguntas, visite <b>SilverSneakers.com</b> o llame al 1-888-423-4632, TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este (ET, por sus siglas en inglés).</p> <p>Siempre consulte con su médico antes de empezar un programa de ejercicio.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Los lugares participantes (“PL”) no son propiedad de Tivity Health, Inc. o sus filiales ni son dirigidos por ellas. 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. Los servicios y las instalaciones de los PL varían.</li><li>2. La membresía incluye las clases grupales de acondicionamiento físico dictadas por un profesor de SilverSneakers. Algunos lugares les ofrecen clases adicionales a los miembros. Las clases varían según la sede.</li></ol> <p>SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2024 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados. Tivity Health es una empresa independiente y separada contratada con BCBSAZ Health Choice Pathway para brindar servicios de salud y bienestar a los miembros de BCBSAZ Health Choice Pathway.</p>	
<p><b>Servicios de audición</b></p> <p>Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención médica ambulatoria cuando son realizadas por un médico, un audiólogo u otro proveedor aprobado.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de audición cubiertos por Medicare.</p>


<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios de audición de rutina (suplementario)*</b></p> <p>Además, nuestro plan cubre los siguientes servicios de audición suplementarios (es decir, de rutina):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Un examen de audición de rutina cada año.</li><li>• Una adaptación y evaluación de audífonos al año.</li><li>• Un máximo de hasta \$1,500 por año, ambos oídos combinados, para la compra de un(os) aparato(s) auditivo(s).<ul style="list-style-type: none"><li>○ Por ejemplo:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ \$750 para una oreja y \$750 para la otra</li><li>▪ \$1,000 para una oreja y \$500 para la otra</li><li>▪ \$1,500 para una oreja y \$0 para la otra</li></ul></li></ul></li></ul> <p>Para que los servicios de audición complementarios tengan derecho a cobertura, los servicios deben obtenerse de un proveedor de la red.</p> <p>Si tiene preguntas sobre cómo encontrar un proveedor, presentar una reclamación, una lista detallada de los procedimientos cubiertos o si desea más información, llame al Servicio de Atención al Afiliado (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visite nuestra página web <a href="http://azblue.com/hcpathway">azblue.com/hcpathway</a>.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de audición de rutina.</p>
<p><b>Ayuda para ciertas enfermedades crónicas</b></p> <p>Si tiene una de las siguientes condiciones crónicas que califican, puede calificar para beneficios adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Insuficiencia cardíaca crónica (CHF)</li><li>• Trastornos pulmonares crónicos</li><li>• Diabetes</li><li>• Secuelas posagudas de la infección por SARS CoV-2 (PASC)/COVID prolongado</li></ul>	<p>Consulte los beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos en esta tabla.</p> <p>Puede ser necesaria autorización previa.</p>

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p> <b>Examen de detección de VIH</b> Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen mayor riesgo de una infección por VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Un examen de detección cada 12 meses.</li></ul> <p>Para mujeres que están embarazadas cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo.</li></ul>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen de detección preventivo del VIH cubierto por Medicare.</p>
<p><b>Modificaciones y dispositivos de seguridad para el hogar y el baño (suplementario)*</b></p> <p>Este beneficio incluye modificaciones temporales en el hogar, como rampas y la colocación de barras de sujeción y de barandas de seguridad en la ducha.</p> <p>Usted tiene una cantidad asignada anual máxima de \$1,000 combinada por año entre los servicios de apoyo en el hogar, los dispositivos de seguridad y las modificaciones para el hogar y el baño, el apoyo para los cuidadores de las personas inscritas (atención de relevo) y las reparaciones en el hogar.</p> <p>Para obtener más detalles sobre estos servicios y asistencia adicional, visite <b>bcbs-az.thehelperbeesportal.com</b> o llame al <b>1-888-454-1423</b> TTY: <b>711</b>, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local de Arizona (abreviado AZ).</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios.</p>

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Agencias de atención médica a domicilio</b> 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. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios de auxiliar de atención médica domiciliaria y de enfermeras de tiempo parcial o intermitente (Para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de enfermería especializada y de auxiliar de atención médica domiciliaria combinados deben ser inferiores a 8 horas por día y 35 horas por semana)</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 hay coseguro ni copago, para los miembros que reúnan los requisitos para recibir los cuidados de una agencia sanitaria a domicilio cubiertos por Medicare.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>
<p><b>Terapia de infusión a domicilio</b> La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención médica.</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 hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de terapia de infusión a domicilio cubiertos por Medicare.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Cuidados paliativos</b></p> <p>Usted es elegible para recibir los beneficios de cuidado paliativo cuando su médico y el director médico del centro de cuidado paliativo le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y 6 meses de vida o menos, en el caso de que la enfermedad siga su curso normal. Puede recibir cuidados de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización MA posea, controle o en los que tenga un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen:</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><u>Para servicios de cuidado paliativo y para servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y que estén relacionados con un pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de servicios de cuidado paliativo relacionados con su afección terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidado paliativo, su proveedor de cuidado paliativo facturará a Original Medicare los servicios pagados por Original Medicare. Se le facturarán los costos compartidos de Medicare Original.</p> <p><u>Para servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y que no estén relacionados con un pronóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no son de emergencia ni requeridos urgentemente, que están cubiertos por Medicare Parte A o B y que no están relacionados con su pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de si acude con un proveedor que forma parte de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (por ejemplo, si existe el requisito de obtener una autorización previa).</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, los servicios de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Original Medicare, no por BCBSAZ Health Choice Pathway.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de consulta de cuidados paliativos cubiertos por Medicare.</p>

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Cuidados paliativos (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, sólo pagará el importe de los costos compartidos del plan por los servicios dentro de la red</li><li>• Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido conforme al método “tarifa por servicio” de Medicare (Original Medicare).</li></ul> <p><u>Para servicios que están cubiertos por BCBSAZ Health Choice Pathway pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o B: BCBSAZ Health Choice Pathway seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, ya sea que estén vinculados o no con su pronóstico terminal. Usted paga la suma del costo compartido de su plan por estos servicios.</u></p> <p><u>Para medicamentos que puedan estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan:</u> Si estos medicamentos no están relacionados con su enfermedad terminal, usted paga los costos compartidos. Si están relacionados con su enfermedad terminal, entonces pagará los costos compartidos de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo momento. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (<i>Qué sucede si se encuentra en cuidado paliativo certificado por Medicare</i>)</p> <p><b>Nota:</b> si necesita cuidado no paliativo (cuidado que no esté relacionado con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo por una vez) para los enfermos terminales que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p>	

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p> <b>Vacunas</b></p> <p>Los servicios cubiertos de Medicare Parte B 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>• Vacuna contra la hepatitis B para pacientes de riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B.</li><li>• Vacuna contra la COVID-19</li><li>• Otras vacunas, si corre riesgo y estas cumplen con las normas de cobertura de Medicare Parte B.</li></ul> <p>También cubrimos otras vacunas para adultos según nuestros beneficios de medicamentos recetados de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 8 para obtener información adicional.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, gripe/influenza, hepatitis B y COVID-19.</p>
<p><b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b></p> <p>Incluye servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos de servicios para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior al alta médica es su último día como paciente internado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria)</li><li>• Comidas, incluidas 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></ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los días 1 a 90 de una estadía en el hospital por período de beneficio.</p> <p>Nuestra póliza también incluye la cobertura de 60 días de reserva de por vida, los cuales son días adicionales que nosotros brindamos.</p> <p>Si su hospitalización supera los 90 días por periodo de beneficios, tiene la opción de utilizar estos días adicionales.</p>




<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Costos de quirófano y habitación de recuperación.</li><li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</li><li>• Servicios para trastornos por consumo de sustancias en pacientes hospitalizados</li><li>• En ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, someteremos su caso a revisión por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que determinará si usted es candidato para dicho 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 Original Medicare. Si BCBSAZ Health Choice Pathway provee servicios de trasplante en un lugar fuera de los patrones de atención para trasplantes en su comunidad y usted opta por recibir trasplantes en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los gastos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante.</li><li>• Sangre: incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite.</li><li>• Servicios del médico</li></ul>	<p>Luego de utilizar estos 60 días adicionales, su cobertura para hospitalizaciones se restringirá a 90 días por cada periodo de beneficios.</p> <p>Si recibe atención de pacientes internados autorizada en un hospital externo a la red una vez estabilizado su cuadro de emergencia, el monto que le corresponde pagar es el costo compartido más elevado que usted debería pagar en un hospital de la red.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>



Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
<p><b>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</b></p> <p><b>Nota:</b> Para que usted pase a ser un paciente internado, su proveedor debe redactar una orden de admisión para que usted quede formalmente internado en el hospital. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de su estatus, ya sea como paciente internado o ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada <i>¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja informativa está disponible en la web en <a href="https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">https://es.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 pueden llamar al teléfono <b>1-877-486-2048</b>. Puede llamar a estos números gratuitamente, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p><b>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención mental que requieren hospitalización.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los días 1 a 90 de una estadía en el hospital por período de beneficio.</p> <p>Nuestra póliza también incluye la cobertura de 60 días de reserva de por vida, los cuales son días adicionales que nosotros brindamos.</p>

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<b>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico (continuación)</b>	<p>Si su hospitalización supera los 90 días por periodo de beneficios, tiene la opción de utilizar estos días adicionales.</p> <p>Luego de utilizar estos 60 días adicionales, su cobertura para hospitalizaciones se restringirá a 90 días por cada periodo de beneficios.</p> <p>Si recibe atención de pacientes internados autorizada en un hospital externo a la red una vez estabilizado su cuadro de emergencia, el monto que le corresponde pagar es el costo compartido que usted debería pagar en un hospital de la red.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Hospitalizaciones: servicios cubiertos en un hospital o Centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta</b></p> <p>Si se le han agotado sus beneficios para pacientes internados o si la hospitalización del paciente internado no es razonable ni necesaria, no cubriremos su hospitalización como paciente internado.</p> <p>No obstante, en algunos casos cubriremos algunos tipos de servicios que usted reciba mientras se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</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 luxaciones.</li><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 que funciona en forma defectuosa o parte de esta; incluidos el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos.</li><li>• Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos que se requieren por roturas, desgaste, extravío o cambios en la condición física del paciente.</li></ul> <p>Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para estos servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Salvo en caso de emergencia, su médico debe informar al plan que usted será admitido en el hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF).</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios de apoyo en el hogar (suplementario)</b> <b>Asistencia para los cuidadores de personas inscritas: servicios de relevo (suplementario)*</b></p> <p>Los miembros tienen acceso a servicios de apoyo en el hogar y apoyo para los cuidadores de personas inscritas (atención de relevo), entre los que se incluyen: la limpieza ligera, las tareas del hogar, la preparación de comidas, los mandados, los trabajos ligeros de jardinería y la asistencia con otras actividades fundamentales de la vida diaria.</p> <p>El relevo para cuidadores abarca un respiro temporal para los cuidadores principales, ofreciéndoles un descanso crucial de sus responsabilidades de cuidadores al ofrecer servicios de apoyo en el hogar.</p> <p>Usted tiene una cantidad asignada anual máxima de \$1,000 combinada por año entre los servicios de apoyo en el hogar, los dispositivos de seguridad y las modificaciones para el hogar y el baño, el apoyo para los cuidadores de las personas inscritas (atención de relevo) y las reparaciones en el hogar.</p> <p>Se deducirá un total de \$350 de la asignación de \$1,000 para acceder a 30 horas de servicios de apoyo en el hogar, incluido el apoyo para cuidadores (atención de relevo). Los miembros pueden utilizar este beneficio en incrementos de 2 horas o 4 horas. Los servicios de apoyo en el hogar son proporcionados por un asistente certificado de atención de salud en el hogar. Los servicios de apoyo en el hogar y el apoyo a los cuidadores están limitados a 30 horas en total.</p> <p>Para obtener más detalles sobre estos servicios y asistencia adicional, visite <b>bcbs-az.thehelperbeesportal.com</b> o llame al <b>1-888-454-1423</b> TTY: <b>711</b>, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local de Arizona (abreviado AZ).</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Beneficio de comidas (suplementario)*</b></p> <p>Este beneficio ofrece hasta un total de 28 comidas al año a los miembros que hayan sido dados de alta de un establecimiento para hospitalización o que tengan una afección de salud crónica elegible. Este servicio apoya al miembro proporcionándole comidas nutritivas adaptadas a sus necesidades dietéticas específicas.</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 renales, purés y vegetariana.</p> <p>Comidas tras una hospitalización aguda- 14 comidas por admisión: Para miembros que reciban el alta de un establecimiento para hospitalización (hospital, centro de enfermería especializada o rehabilitación para pacientes internados).</p> <p>Comidas para pacientes con afecciones crónicas -14 comidas por admisión: 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:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)</li><li>• Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)</li><li>• Diabetes (DM)</li></ul>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>
<p> <b>Terapia de nutrición médica</b></p> <p>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.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de</p>


<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p> <b>Terapia de nutrición médica (continuación)</b> Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba servicios de terapia en nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o de Original Medicare) y 2 horas cada año después de esto. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, tal vez pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar su orden cada año, si necesita continuar el tratamiento el próximo año calendario.</p>	<p>terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>
<p> <b>Programa de prevención de diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</b> Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento que brinda capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>
<p><b>Medicamentos recetados de Medicare Parte B</b> Estos medicamentos están cubiertos según la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Medicamentos que normalmente no son autoadministrados por el paciente y son administrados mediante inyección o instilación mientras usted recibe servicios de médicos, hospitalarios ambulatorios o de centros de cirugía ambulatoria</li></ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los medicamentos recetados de la Parte B cubiertos por Medicare, que obtiene en la consulta del médico o en la farmacia.</p>

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Medicamentos recetados de Medicare Parte B (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria)</li><li>• Otros medicamentos administrados por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por el plan.</li><li>• El fármaco contra el Alzheimer, Leqembi<sup>®</sup>, (nombre genérico lecanemab), que 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>• Trasplante/Medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para el trasplante 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. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre</li><li>• Medicamentos inyectables contra la osteoporosis, si usted está confinado en casa, ha sufrido una fractura ósea que un médico certifica que se relaciona con osteoporosis posmenopáusica y no se puede autoadministrar el medicamento</li></ul>	<p>Puede requerirse autorización previa.</p> <p>Los medicamentos cubiertos por el beneficio de la Parte B pueden estar sujetos a la terapia escalonada.</p> <p>La terapia por pasos para los medicamentos de la Parte B puede requerir hacer una prueba con un medicamento de la Parte B o de la Parte D.</p> <p>Usted no pagará más de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan.</p>



<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Medicamentos recetados de Medicare Parte B (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada.</li><li>• Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que usted toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que se disponga de nuevos medicamentos contra el cáncer oral, la Parte B podrá cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hace</li><li>• Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que utilice como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o en las 48 horas siguientes a la quimioterapia o se utilizan como sustitución terapéutica completa de un medicamento contra las náuseas por vía intravenosa.</li><li>• Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio ESRD de la Parte B lo cubre.</li><li>• Medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago ESRD, incluyendo el medicamento intravenoso Parsabiv®, y el medicamento oral Sensipar®.</li><li>• Ciertos medicamentos para diálisis en el domicilio, incluso heparina, el antídoto para la heparina cuando es médicamente necesario, anestésicos tópicos</li></ul>	

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Medicamentos recetados de Medicare Parte B (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si padece una Enfermedad Renal Terminal (ERT) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras enfermedades determinadas (como Epogen<sup>®</sup>, Procrit<sup>®</sup>, Retacrit<sup>®</sup>, Epoetina Alfa, Aranesp<sup>®</sup>, Darbepoetina Alfa, Mircera<sup>®</sup>, o Metoxi polietilenglicol-epoetina beta).</li><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>El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: <a href="http://azblue.com/hcpathway/providers/provider-information/">azblue.com/hcpathway/providers/provider-information/</a></p> <p>También cubrimos algunas vacunas en nuestra Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D. En el Capítulo 5, se explican los beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que se cubran sus recetas médicas. En el Capítulo 6, se explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan.</p>	
<p><b>Línea directa de enfermería (complementario) *</b> <b>1-888-267-9037</b> Acceso a personal de enfermería certificado las 24 horas del día, los 7 días de la semana</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios.</p>

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p> <b>Examen de detección de obesidad y tratamiento para promover la pérdida de peso constante</b> 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 para el examen de detección de obesidad y tratamiento preventivos.</p>
<p><b>Servicios del programa de tratamiento con opioides</b> Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opiáceos (OUD, por sus siglas en inglés) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opiáceos (OTP, por sus siglas en inglés) 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 (FDA, por sus siglas en inglés) de EE. UU. para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT, por sus siglas en inglés)</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><li>• Actividades de admisión</li><li>• Evaluaciones periódicas</li></ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios del programa de tratamiento de opiáceos cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Servicios de sangre ambulatorios</b> La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios.</p> <p>Se exige el deducible para tres (3) pintas de sangre.</p>

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos ambulatorios y suministros</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</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 luxaciones.</li><li>• Pruebas de laboratorio</li><li>• Sangre: incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite.</li><li>• Otras pruebas diagnósticas ambulatorias.</li></ul>	<p>No hay coseguro ni copago para los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas diagnósticas no de laboratorio y las radiografías cubiertas.</p> <p>Puede ser necesaria autorización previa.</p> <p>No se requiere autorización previa para los servicios de radiografías. Algunos estudios de laboratorio genético, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones (PET), ultrasonido e imágenes cardíacas requieren autorización previa.</p>

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Observación hospitalaria ambulatoria</b> Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se proporcionan para determinar si debe ser admitido como paciente interno o si pueden ser dados de alta. Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se proporcionan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p><b>Nota:</b> A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por 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 su estatus como paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada <i>¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja informativa está disponible en la web en <a href="https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">https://es.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 pueden llamar al teléfono <b>1-877-486-2048</b>. Puede llamar a estos números gratuitamente, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de observación hospitalaria ambulatoria cubiertos por Medicare.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios de atención ambulatoria en hospital</b> Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</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, que incluye la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento de internación sin ella.</li><li>• Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital</li><li>• Suministros médicos, como férulas y yesos.</li><li>• Determinados medicamentos y productos biológicos que usted no puede suministrarse a sí mismo.</li></ul> <p><b>Nota:</b> A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por 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 su estatus como paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada <i>¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja informativa está disponible en la web en <a href="https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> o llamando al <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b>. Usuarios de TTY <b>1-877-486-2048</b>. Puede llamar a estos números gratuitamente, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de hospitalización ambulatoria cubiertos por Medicare.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Atención de salud mental ambulatoria</b> Los servicios cubiertos incluyen: Los servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico matriculados, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional licenciado (LPC), terapeuta matrimonial y familiar licenciado (LMFT), enfermera practicante (NP), asistente médico (PA), u otro proveedor de atención médica mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes vigentes del estado.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de hospitalización ambulatoria o sesión grupal cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación ambulatorios</b> Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje. 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 hay coseguro, copago ni deducible para una sesión individual o de grupo cubierta por Medicare. Puede requerirse autorización previa.</p>
<p><b>Servicios para trastornos por consumo de sustancias en pacientes ambulatorios</b> El plan pagará los servicios ambulatorios por abuso de sustancias médicamente razonables y necesarios cuando se proporcionen en el siguiente entorno: Consultorios médicos y hospitales ambulatorios. En estos entornos, los proveedores evalúan e identifican a las personas con o en riesgo de tener problemas relacionados con el abuso de sustancias y proporcionan intervenciones y tratamientos limitados.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de hospitalización ambulatoria o sesión grupal cubiertos por Medicare.</p>

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Cirugías ambulatorias, incluidos servicios provistos en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</b></p> <p><b>Nota:</b> en el caso de que se le practique una cirugía en un centro hospitalario, deberá verificar con su proveedor si se le considerará como un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor redacte una orden para admitir su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar las sumas de costo compartido por la cirugía ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la cirugía ambulatoria cubierta por Medicare.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>
<p><b>Tarjeta para productos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) y para alimentos saludables y productos agrícolas (suplementario)*</b></p> <p>Una asignación de \$125 se cargará en su tarjeta Mastercard® Flex cada mes para que pague los alimentos saludables o los artículos OTC cubiertos.</p> <p>Los productos cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Alimentos saludables, como frutas y verduras, carnes, mariscos y pescados, productos lácteos, agua, entre otros.</li><li>• Productos OTC de marca y genéricos, como vitaminas, medicamentos contra el dolor, pasta de dientes, pastillas para la tos y más.</li></ul> <p>Usted puede usar su asignación mensual para comprar artículos OTC y alimentos saludables en tiendas minoristas participantes y en línea.</p> <p>Cualquier asignación restante al final del mes expirará y no se transferirá al mes siguiente. Cualquier monto sin usar no se transferirá al siguiente año del plan.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios.</p>



<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Tarjeta para productos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) y para alimentos saludables y productos agrícolas (suplementario)* (continuación)</b></p> <p>Para realizar un pedido, ver el saldo de la tarjeta, ver todos los artículos OTC, buscar productos elegibles y encontrar tiendas participantes, visite <b>bcbs-az.thehelperbeesportal.com</b> o llame al <b>1-888-454-1423</b> TTY: <b>711</b>, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local de Arizona (abreviado AZ).</p> <p>Se le enviará un catálogo OTC que incluye las categorías de productos y los minoristas participantes como referencia. Si no ha recibido el catálogo OTC, póngase en contacto con el Servicio para Miembros llamando al <b>1-800-656-8991</b>, TTY: <b>711</b> o puede visitar nuestro sitio web en <b>azblue.com/hcpathway</b>.</p> <p>Los productos de venta libre y alimentos y productos saludables que están cubiertos por este beneficio se limitan a artículos que son consistentes con las pautas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).</p> <p>Debe reunir los requisitos para la “Ayuda extra” de Medicare que paga sus costos del plan de medicamentos recetados para calificar para la asignación de alimentos saludables y artículos comestibles.</p> <p>Si no ha recibido su tarjeta Mastercard® Flex, póngase en contacto con el servicio de atención al cliente de The Helper Bees llamando al <b>1-888-454-1423</b> TTY: <b>711</b>, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora local de AZ. Para asistencia el sábado y el domingo, comuníquese con 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 ambulatorios intensivos</b></p> <p><i>Hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo provisto en un servicio</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p>

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p>ambulatorio hospitalario o por un centro comunitario de atención de salud mental, que es más intensivo que la atención que puede recibir en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p><i>El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en el departamento ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud federalmente cualificado o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en la consulta de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</i></p>	<p>Puede requerirse autorización previa.</p>
<p><b>Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS) (suplementario)*</b></p> <p>Cobertura para un dispositivo personal de respuesta a emergencias.</p> <p>El Sistema personal de respuesta a emergencias (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.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios.</p>

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS) (suplementario)* (continuación)</b></p> <p>El PERS les permite a los miembros llamar para recibir asistencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, ya sea desde su casa o cuando estén fuera de ella haciendo mandados.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Los miembros se comunican de inmediato con operadores profesionalmente capacitados que evalúan con rapidez la naturaleza de la llamada y coordinan la asistencia adecuada.</li><li>• Un miembro que tiene una emergencia médica pulsa un botón para hablar con un operador, el cual inmediatamente coordina el envío de ayuda de emergencia.</li></ul> <p>Para solicitar un dispositivo PERS o si tiene preguntas adicionales, 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>bcbsaz.connectamerica.com</b>.</p>	

**Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico**


Los servicios cubiertos incluyen:


- Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios proporcionados en un consultorio médico, un centro de cirugía ambulatoria certificado, un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otro lugar.
- Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista.
- Pruebas básicas de audición y equilibrio realizadas por su médico especialista, si el médico las indica para determinar si requiere tratamiento médico.
- Ciertos servicios de telesalud, incluidos: Servicios de proveedores de atención primaria, servicios de médicos especialistas, servicios de urgencia
  - 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.
- 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.
- 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.
- Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, sin importar su ubicación
- Servicios de telesalud para los miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno mental concomitante, independientemente de su ubicación
- Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si:


No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de un médico/profesional médico cubiertos por Medicare.

Puede requerirse autorización previa.


<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Tiene una consulta en persona en los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud</li><li>○ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud</li><li>○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias</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>● Chequeos virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5 a 10 minutos <b>si</b>:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Usted no es un nuevo paciente <b>y</b></li><li>○ El chequeo no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días <b>y</b></li><li>○ El chequeo no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas posteriores a la cita más próxima disponible.</li></ul></li><li>● Evaluación de videos o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas <b>si</b>:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Usted no es un nuevo paciente <b>y</b></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><li>● Atención odontológica no considerada de rutina (los servicios cubiertos están limitados a cirugías mandibulares o estructuras relacionadas, reducción de fracturas mandibulares o de huesos faciales, extracción de piezas dentarias para preparar la mandíbula para tratamientos con radiación de enfermedades neoplásicas malignas o servicios que se cubrirían al ser provistos por un médico)</li></ul>	

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios de podología</b> Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnóstico y tratamiento médicos 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 afiliados con determinadas enfermedades que afectan las extremidades inferiores.</li></ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de podología cubiertos por Medicare.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>
<p><b>Podología/Cuidado de rutina de los pies (suplementario)*</b></p> <p>Cubrimos 6 visitas de podología/cuidados rutinarios de los pies al año.</p> <p>Este beneficio es adicional al servicio de podología cubierto por Medicare. Incluye la cobertura de beneficios suplementarios para servicios clínicos preventivos para la piel de los pies y las uñas de los dedos de los pies, así como la eliminación de callos y durezas, el corte de uñas y la higiene preventiva de los pies. Los servicios de cuidado de rutina de los pies son proporcionados por un Doctor en Medicina Podiátrica (DPM, por sus siglas en inglés) – "un podólogo". Los servicios de podología de rutina son proporcionados por proveedores participantes de American Specialty Health (ASH).</p> <p>Para encontrar un proveedor participante, visite <b><a href="http://Ashlink.com/ash/BCBSAZHCP">Ashlink.com/ash/BCBSAZHCP</a></b>. Si tiene más preguntas, llame al <b>1-800-678-9133</b>, TTY <b>711</b> de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de podología de rutina.</p>
<p> <b>Exámenes de detección de cáncer de próstata</b></p> <p>Para hombres a partir de los 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen los siguientes exámenes, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"><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 para un examen de antígeno prostático específico.</p>

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados</b> Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan todas o una parte o función corporal. Estos incluyen, entre otros, la prueba, el ajuste o la capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos; así como: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con cuidados de colostomía, marcapasos, dispositivos protésicos, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para 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. También incluyen cierto grado de cobertura después de una extirpación de cataratas o cirugía de cataratas; consulte <b>Cuidado para la vista</b> más adelante en esta Sección para obtener más información.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b> Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), de moderada a muy grave, y una orden de rehabilitación pulmonar emitida por el médico a cargo del tratamiento de la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p>
<p> <b>Examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</b> Cubrimos un examen de detección por abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluso embarazadas) que abusan del alcohol, pero no son alcohólicos. Si se le diagnostica que usted abusa del alcohol en forma inadecuada, puede recibir hasta 4 sesiones presenciales breves de asesoramiento por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria o proveedor médico calificados en un entorno de atención médica primaria.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubiertos por Medicare.</p>

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p> <b>Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT)</b> Para las personas calificadas, una LDCT está cubierta cada 12 meses.</p> <p><b>Los miembros elegibles son:</b> personas de 50 a 77 años de edad que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes por año y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden para LDCT durante un asesoramiento de examen de detección de cáncer de pulmón y una consulta de toma de decisión compartida que cumple con los criterios de Medicare para dichas consultas y proporcionada por un médico o profesional no médico calificado.</p> <p><i>Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón de LDCT después del examen preventivo de LDCT inicial:</i> el miembro debe recibir una orden para LDCT que puede ser proporcionada durante cualquier consulta adecuada a un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado opta por proporcionar un asesoramiento de examen de detección de cáncer de pulmón y consulta de toma de decisión compartida para exámenes preventivos posteriores de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir los criterios de Medicare para dichas consultas.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el asesoramiento y la consulta de toma de decisión compartida cubiertos por Medicare o para la LDCT.</p>



<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p> <b>Examen de detección para infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas</b></p> <p>Cubrimos exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para embarazadas y para determinadas personas que tienen un riesgo elevado de STI cuando un proveedor de atención primaria les solicita una prueba. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones presenciales individuales por año, de asesoramiento conductual intensivo, de 20 a 30 minutos de duración, para adultos sexualmente activos con alto riesgo de STI. Solamente cubrimos estas sesiones de asesoramiento como servicio médico preventivo si son provistas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención médica primaria, como por ejemplo, el consultorio de un médico.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento preventivo de infecciones de transmisión sexual cubiertos por Medicare.</p>

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios para el tratamiento de enfermedades renales</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</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 miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, siempre que cuenten con una derivación, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales en toda la vida.</li><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 internados (si se le interna en un hospital para recibir cuidados especiales)</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><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 su 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>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos conforme a sus beneficios de medicamentos de Medicare de la Parte B. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la Sección <b>Medicamentos recetados de Medicare Parte B.</b></p>	<p>No hay coseguro ni copago para los servicios de educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de diálisis ambulatorios y hospitalarios cubiertos por Medicare, ni para los equipos y suministros de diálisis a domicilio.</p>

### **Atención en centros de enfermería especializada (SNF)**

(La definición de atención en centros de enfermería especializada se incluye en el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan SNF).

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:

- Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria)
- Comidas, incluidas dietas especiales.
- Servicios de enfermería especializada.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla
- Los medicamentos que se deben administrar como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación).
- Sangre: incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza solo a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite.
- Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF.
- Pruebas de laboratorio normalmente provistas por los SNF.
- Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF.
- Uso de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente provistos por los SNF.
- Servicios de médicos/proveedores médicos

En general, recibirá atención de SNF en los centros que forman parte de la red. Sin embargo, en el caso de ciertas afecciones, como las que se enumeran a continuación, podrá recibir atención en un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta las sumas de pago de nuestro plan.


- Una residencia para ancianos y convalecientes o comunidad de jubilación de cuidado continuo donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que se provea la atención de un centro de enfermería especializada).
- Un SNF donde su cónyuge o concubino esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital.

No hay coseguro, copago ni deducible por hasta 100 días en un centro de enfermería especializada.

A partir del día 101 y en adelante: todos los costos.

Un periodo de beneficios comienza el día en que ingresa en un hospital o a un centro de enfermería especializada (SNF). 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 periodo de beneficios, comenzará un nuevo periodo de beneficios. No hay un límite en la cantidad de periodos de beneficios.

Puede requerirse autorización previa.

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p> <b>Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco)</b></p> <p><u>Si usted consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco:</u> cubrimos dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un periodo de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés)</b></p> <p><b>Servicios de tecnologías de acceso remoto</b></p> <p>Los médicos tienen la capacidad de medir a distancia la presión arterial y el peso, así como de monitorear la glucosa, según sea necesario, lo que permite una identificación en tiempo real de afecciones como la presión arterial alta o un nivel elevado de azúcar en la sangre.</p> <p>Los servicios brindados dependerán de las necesidades específicas del miembro y del plan de atención elaborado con su familia.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Los dispositivos de salud conectados y las tecnologías de monitoreo remoto de pacientes (RPM, por sus siglas en inglés) se utilizan junto con la intervención de un médico de atención primaria (PCP) o de un especialista.</li></ul>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios.</p>

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés) (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Los dispositivos de salud conectados permiten a los médicos monitorearlo de manera remota, sin que tenga que asistir a citas presenciales.</li></ul> <p>El equipo de tecnología de acceso remoto puede incluir, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tensiómetro</li><li>• Balanza</li><li>• Medidores de glucosa no cubiertos por Medicare</li></ul> <p>Para calificar para este beneficio del programa de Beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés), usted debe estar participando de manera activa con la administración de cuidados de BCBSAZ Health Choice Pathway y tener una de las siguientes afecciones crónicas que califican:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Insuficiencia cardíaca crónica (CHF)</li><li>• Trastornos pulmonares crónicos</li><li>• Diabetes</li><li>• Secuelas posagudas de la infección por SARS CoV-2 (PASC)/COVID prolongado</li><li>• No todos los miembros califican, ya que también se podrían aplicar otros criterios de cobertura.</li></ul> <p><b><u>Apoyos generales para vivir: apoyos de transición Flex Card para alojamiento/servicios públicos</u></b></p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios.</p> <p>Puede ser necesaria autorización previa.</p>
<p>Si cumple con los requisitos de elegibilidad, nuestro plan proporciona una asignación de \$1,000 para ayudar a cubrir los gastos de alojamiento temporal y/o los servicios públicos específicos del hogar, como electricidad, gas natural, alcantarillado, agua y/o servicios telefónicos.</p>	

**Beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés) (continuación)**

Para calificar para este beneficio del programa de Beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés), usted debe estar participando de manera activa con la administración de cuidados de BCBSAZ Health Choice Pathway. También debe tener una hospitalización reciente por diabetes o una afección médica que empeoró debido a la prediabetes o a la diabetes. No todos los miembros califican, ya que también se podrían aplicar otros criterios de cobertura.

Estos fondos no están destinados a asistencia de alquiler o hipoteca.

Todo el dinero de beneficios sin usar de la tarjeta Mastercard® Flex Card expirará al final del año.

Es importante tener en cuenta que, si usted es elegible para el beneficio de alojamiento y servicios públicos, no recibirá otra tarjeta Mastercard® Flex Card adicional por correo postal. En lugar de eso, el dinero de beneficios de alojamiento y servicios públicos se agregará automáticamente a la tarjeta Mastercard® Flex Card.

Si cree que cumple con los requisitos y no ha recibido su tarjeta Mastercard® Flex Card o desea obtener más información sobre este beneficio, por favor, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web en **[zblue.com/hcpathway](http://zblue.com/hcpathway)**.

Por último, tenga en cuenta que este beneficio es para su uso exclusivo; no se puede vender ni transferir y no tiene valor en efectivo.

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés) (continuación)</b></p> <p><b>Modificaciones estructurales del hogar (reparaciones del hogar)</b> Este beneficio incluirá la ampliación de pasillos o entradas; la colocación de rampas de movilidad permanentes; y manijas (chapas) y grifos de uso sencillo.</p> <p>Para calificar para este beneficio del programa de Beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés), debe padecer una de las siguientes afecciones crónicas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Insuficiencia cardíaca crónica (CHF)</li><li>• Trastornos pulmonares crónicos</li><li>• Diabetes</li><li>• Secuelas posagudas de la infección por SARS CoV-2 (PASC)/COVID prolongado</li></ul> <p>No todos los miembros califican, ya que también se podrían aplicar otros criterios de cobertura.</p> <p>Usted tiene una cantidad asignada anual máxima de \$1,000 combinada por año entre los servicios de apoyo en el hogar, los dispositivos de seguridad y las modificaciones para el hogar y el baño, el apoyo para los cuidadores de las personas inscritas (atención de relevo) y las reparaciones en el hogar.</p> <p>Si cree que cumple con los requisitos y no ha recibido su tarjeta Mastercard® Flex Card o desea obtener más información sobre este beneficio, por favor, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web en <a href="https://zblue.com/hcpathway">zblue.com/hcpathway</a>.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios.</p> <p>Puede ser necesaria autorización previa.</p>

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Terapia de ejercicios supervisados (SET)</b> La SET está cubierta para los miembros que tienen la enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones durante un periodo de 12 semanas si se cumplen los requisitos para el programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación.</li><li>• Llevarse a cabo en el centro ambulatorio de un hospital o en un consultorio médico.</li><li>• Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para asegurar que los beneficios excedan los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicio para PAD.</li><li>• Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico, o una enfermera clínica/enfermera practicante que deben estar capacitados en técnicas de auxilio vital básicas y avanzadas.</li></ul> <p>SET puede tener cobertura de hasta más de 36 sesiones en un periodo de más de 12 semanas para un adicional de 36 sesiones en un periodo extendido de tiempo si el proveedor de atención de la salud lo considera médicamente necesario.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de terapia de ejercicio supervisado (SET) cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Telesalud: Adicional (suplementario)*</b></p> <p>Servicios cubiertos incluidos en las visitas médicas virtuales:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios de proveedor de atención primaria</li><li>• Servicios de médicos especialistas</li><li>• Servicios requeridos urgentemente</li></ul>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios.</p>




<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Telesalud: Adicional (suplementario)* (continuación)</b></p> <p>Las visitas médicas virtuales son visitas médicas brindadas a usted fuera de los centros médicos por proveedores clínicos virtuales que usan tecnología en línea y servicios de audio/video en vivo.</p> <p>Visite <b>bluecareanywhereaz.com</b> para acceder a las visitas virtuales.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Nota: No todas las afecciones médicas pueden tratarse mediante visitas virtuales. El médico de la visita virtual identificará si usted necesita ver a un médico en persona para recibir tratamiento. Si tiene una emergencia médica o necesita ayuda inmediata por un accidente o lesión, busque atención de emergencia o llame al 911.</p> <p>Usted tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud. Si opta por recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe usar un proveedor de la red que actualmente ofrezca el servicio mediante telesalud.</p>	
<p><b>Masajes terapéuticos (suplementarios)*</b></p> <p>Cubrimos 6 consultas de masaje terapéutico al año.</p> <p>Incluye la cobertura de beneficios complementarios para masajes terapéuticos, entre ellos la evaluación, el masaje o el trabajo de tejidos blandos para el tratamiento de afecciones miofasciales, lesiones musculoesqueléticas y dolor. Los servicios de masajes terapéuticos son proporcionados por parte de proveedores de masajes autorizados, incluidos terapeutas de masajes certificados (LMT, por sus siglas en inglés), y también pueden ser brindados por parte de terapeutas físicos. Los servicios de masajes terapéuticos son proporcionados por proveedores participantes de American Specialty Health (ASH).</p> <p>Para encontrar un proveedor participante, visite <b>Ashlink.com/ash/BCBSAZHCP</b>. Si tiene más preguntas, llame al <b>1-800-678-9133</b>, TTY <b>711</b> de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios.</p>


<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios de transporte (suplementario)*</b></p> <p>Hasta 24 viajes de ida por cada año calendario.</p> <p>Nuestro plan cubre el transporte terrestre no urgente dentro de nuestra área de servicio.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Recogida hacia o desde 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>Este beneficio está disponible para ayudarlo a obtener atención y servicios médicamente necesarios.</p> <p>Los viajes se limitan a 50 millas, de ida o de vuelta, a menos que el plan apruebe otra opción.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Un viaje se considera transporte de ida en taxi, furgoneta o servicios de viaje compartido a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan.</li><li>• Los servicios cubiertos no incluyen transporte en ambulancia. (Consulte Transporte de emergencia)</li></ul> <p>Llame al menos con 72 horas de antelación para programar viajes rutinarios, o en cualquier momento para viajes urgentes. Algunos lugares pueden estar excluidos.</p> <p>Si desea más información sobre los lugares aprobados por el plan, llame al Servicio para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).</p> <p>Nota: Los servicios de transporte médicamente necesarios deben recibirse de un proveedor de la red para estar cubiertos por el plan. Los vehículos pueden transportar a varios ocupantes al mismo tiempo y pueden parar en lugares distintos al de destino del miembro durante el viaje. Asegúrese de hacer referencia a cualquier necesidad o preferencia especial cuando programe su viaje.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios.</p>

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios requeridos urgentemente</b></p> <p>Un servicio cubierto por el plan que requiera atención médica inmediata y que no sea una urgencia es un servicio necesario de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, aunque se encuentre dentro del área de servicio del plan, o si no es razonable, teniendo en cuenta su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Su plan debe cubrir los servicios de urgencia y cobrarle sólo los costos compartidos dentro de la red. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de afecciones ya existentes. Sin embargo, las visitas rutinarias médicamente necesarias a un proveedor, como las revisiones anuales, no se consideran urgentes aunque usted se encuentre fuera del área de servicio del plan o la red del plan no esté 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>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de urgencia cubiertos por Medicare.</p>

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Modelo de Diseño de seguro basado en el valor (VBID, por sus siglas en inglés)</b> Si califica para recibir Ayuda adicional para pagar su cobertura de medicamentos recetados, usted es elegible para el beneficio de alimentos saludables y productos agrícolas. Este es un beneficio combinado con el de productos de venta libre (OTC). Una asignación de \$125 se cargará en su tarjeta Mastercard® Flex Card cada mes para que pague los alimentos y/o los artículos OTC cubiertos.</p> <p>Los productos cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Alimentos saludables, como frutas y verduras, carnes, mariscos y pescados, productos lácteos, agua, entre otros.</li><li>• Productos OTC de marca y genéricos, como vitaminas, medicamentos contra el dolor, pasta de dientes, pastillas para la tos y más.</li></ul> <p>Si desea más información, consulte la Sección de la tarjeta de alimentos y productos saludables de venta libre (OTC) de esta tabla de prestaciones, Capítulo 4, Sección 2.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
<p> <b>Cuidado para la vista</b> Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios de médico ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista rutinarios (refracciones oculares) para anteojos 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 son personas con antecedentes familiares de glaucoma, diabéticos, pacientes afroamericanos de 50 años de edad y más e hispanos estadounidenses que tienen 65 años de edad 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 le deben practicar dos cirugías de cataratas por separado, no puede conservar el beneficio después de la primera cirugía ni comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).</li></ul>	<p>Para la atención médicamente necesaria cubierta por Original Medicare:</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para los cuidados de la vista cubiertos por Medicare.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para las gafas o lentes de contacto cubiertas por Medicare Original después de una operación de cataratas.</p>

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Atención de rutina para la visión: (suplementario)*</b> Además, nuestro plan cubre los siguientes servicios oftalmológicos suplementarios (es decir, de rutina):</p> <p>Servicios suplementarios (es decir, rutinarios) oftalmológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Un examen de la vista de rutina (refracción ocular) cada año</li><li>• Par(es) ilimitado(s) de anteojos graduados cada año. Un beneficio máximo de \$350 anuales por cualquiera de los siguientes conceptos.<ul style="list-style-type: none"><li>○ Anteojos (lentes y armazones)</li><li>○ Lentes de contacto en lugar de los anteojos</li></ul></li></ul> <p>Se recomienda que realice una consulta sobre sus opciones de cuidado de la visión con un proveedor de servicios oftalmológicos rutinarios participante antes de recibir los servicios. El servicio oftalmológico debe iniciarse y concluirse dentro del año del plan para tener derecho a la cobertura.</p> <p>Cualquier gasto ocasionado por servicios oftalmológicos no cubiertos por el plan será responsabilidad del miembro. Los miembros no pueden utilizar su beneficio suplementario de anteojos para aumentar su cobertura en anteojos cubiertos por Medicare.</p> <p>Para que los servicios oftalmológicos suplementarios tengan derecho a cobertura, estos deben obtenerse de un proveedor de la red.</p> <p>Si tiene preguntas sobre cómo encontrar un proveedor, presentar una reclamación, una lista detallada de los procedimientos cubiertos o si desea más información, llame al Servicio de Atención al Afiliado (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visite nuestra página web <a href="http://azblue.com/hcpathway">azblue.com/hcpathway</a>.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de oftalmológicos de rutina.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
<p> <b>Bienvenido a la consulta preventiva de Medicare</b> El plan cubre una consulta preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> por única vez. La consulta incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios médicos preventivos que necesita (incluidos ciertos exámenes de detección e inyecciones (o vacunas)), así como derivaciones para otro tipo de atención, si es necesario.</p> <p><b>Importante:</b> Cubrimos la consulta preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> únicamente en los primeros 12 meses en que tiene Medicare Parte B. Cuando programe su cita, informe al personal del consultorio de su médico que desearía programar una consulta preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p>

---

## SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de BCBSAZ Health Choice Pathway?

---

<b>Sección 3.1</b>	<b>Servicios <i>no</i> cubiertos por BCBSAZ Health Choice Pathway</b>
--------------------	-----------------------------------------------------------------------

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

- Servicios comunitarios y en el hogar
- Servicios de intérprete para consultas médicas
- Servicios de atención médica a largo plazo

Para obtener una lista de los beneficios de AHCCCS (Medicaid), consulte el Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid en el Resumen de beneficios de BCBSAZ Health Choice Pathway. También puede consultar su Manual de miembro de AHCCCS (Medicaid) o visitar [www.azahcccs.gov](http://www.azahcccs.gov).

Para obtener más información, puede contactar a AHCCCS (Medicaid) al teléfono **1-855-HEA-PLUS (1-855-432-7587)** El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. El número telefónico para el servicio de retransmisión AZ para personas con problemas de audición es **1-800-842-6520**.

---

## SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>Servicios <i>no</i> cubiertos por el plan</b>
--------------------	--------------------------------------------------

En esta Sección, se describen los servicios excluidos.

En la siguiente tabla, se describen algunos servicios y suministros que no están cubiertos por el plan bajo ninguna condición o están cubiertos por el plan solamente en ciertas situaciones.

Si recibe servicios excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo salvo en las condiciones específicas que se indican a continuación. Aunque reciba los servicios excluidos en un centro de urgencias, los servicios excluidos seguirán sin estar cubiertos y nuestro plan no pagará por ellos. La única excepción es si el servicio es apelado y resuelto: tras recurrir que se trata de un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para información sobre cómo presentar una apelación cuando hemos determinado que no nos corresponde cubrir un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9 de este documento.)



<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No cubiertos en ninguna condición</b>	<b>Cubiertos solo en condiciones específicas</b>
Acupuntura		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponible para personas con lumbalgia crónica en determinadas circunstancias.</li> <li>• BCBSAZ Health Choice Pathway ofrece un beneficio de acupuntura suplementario. Consulte los detalles en la Sección 2.1 de este Capítulo en "Acupuntura de rutina".</li> </ul>
Cirugías o procedimientos cosméticos.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubiertos en caso de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una extremidad deforme.</li> <li>• Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de mamas después de una mastectomía, incluso en la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica.</li> </ul>
<p>Cuidado de custodia</p> <p>El cuidado de custodia es la atención personal que no requiere la atención constante de personal médico o paramédico capacitado, como por ejemplo cuidados que ayudan al paciente con actividades de la vida cotidiana, tales como bañarse o vestirse.</p>	<b>No cubiertos en ninguna condición</b>	

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No cubiertos en ninguna condición</b>	<b>Cubiertos solo en condiciones específicas</b>
<p>Procedimientos, equipos y medicamentos quirúrgicos y médicos experimentales.</p> <p>Los procedimientos y suministros experimentales son aquellos suministros y procedimientos que generalmente no son aceptados por la comunidad médica según Original Medicare.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pueden estar cubiertos por Original Medicare dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.</li> <li>• (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).</li> </ul>
<p>Los honorarios por atención cobrados por sus familiares directos o personas que viven en su casa.</p>	<b>No cubiertos en ninguna condición</b>	
<p>Atención de enfermeros de tiempo completo en su domicilio.</p>	<b>No cubiertos en ninguna condición</b>	
<p>Comidas a domicilio</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• BCBSAZ Health Choice Pathway ofrece un beneficio de comidas suplementario. Consulte los detalles en la Sección 2.1 de este Capítulo en "Beneficio de comidas".</li> </ul>
<p>Los servicios domésticos incluyen asistencia básica con las tareas domésticas, incluidas la limpieza ligera o la preparación de comidas básicas.</p>	<b>No cubiertos en ninguna condición</b>	<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• BCBSAZ Health Choice Pathway ofrece un beneficio suplementario de Servicios de apoyo en el hogar. Consulte los detalles en la Sección 2.1 de este Capítulo en "Servicios de apoyo en el hogar".</li> </ul>
<p>Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)</p>	<b>No cubiertos en ninguna condición</b>	

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No cubiertos en ninguna condición</b>	<b>Cubiertos solo en condiciones específicas</b>
Atención dental considerada no rutinaria.		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La atención dental necesaria para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierta como atención para pacientes hospitalizados o ambulatorios.</li> <li>• BCBSAZ Health Choice Pathway ofrece un beneficio de odontología suplementario. Consulte los detalles en la Sección 2.1 de este Capítulo en "Servicios de odontología (suplementario)".</li> </ul>
Dispositivos de soporte para pies o zapatos ortopédicos		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zapatos que forman parte de una pierna ortopédica y están incluidos en el costo de la misma. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético.</li> </ul>
Objetos de uso personal en su habitación de hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o televisión.	<b>No cubiertos en ninguna condición</b>	
Habitación privada en un hospital.		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solo cubierto cuando sea médicamente necesario.</li> </ul>
Anulación de procedimientos de esterilización o dispositivos anticonceptivos no recetados.	<b>No cubiertos en ninguna condición</b>	

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No cubiertos en ninguna condición</b>	<b>Cubiertos solo en condiciones específicas</b>
Atención quiropráctica de rutina.		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones.</li> <li>• BCBSAZ Health Choice Pathway ofrece un beneficio de quiropraxia suplementario. Consulte los detalles en la Sección 2.1 de este Capítulo en "Servicios quiroprácticos de rutina".</li> </ul>
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas.		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• BCBSAZ Health Choice Pathway ofrece un beneficio de odontología suplementario. Consulte los detalles en la Sección 2.1 de este Capítulo en "Servicios de odontología (suplementario)".</li> </ul>
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros tipos de asistencia para la visión disminuida.		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para las personas después de una cirugía de cataratas.</li> <li>• BCBSAZ Health Choice Pathway ofrece un beneficio de oftalmología suplementario. Consulte los detalles en la Sección 2.1 de este Capítulo en "Cuidados oftalmológicos de rutina".</li> </ul>

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No cubiertos en ninguna condición</b>	<b>Cubiertos solo en condiciones específicas</b>
Atención de rutina para los pies		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alguna cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las pautas de Medicare, por ejemplo, si tiene diabetes.</li> <li>• BCBSAZ Health Choice Pathway ofrece un beneficio de podología/cuidado rutinario de los pies suplementario. Consulte los detalles en la Sección 2.1 de este Capítulo en "Cuidados de los pies/podología de rutina".</li> </ul>
Exámenes de audición de rutina, audífonos o exámenes para ajustar los audífonos		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• BCBSAZ 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".</li> </ul>
Servicios considerados no razonables y necesarios, según las normas de Original Medicare	<b>No cubiertos en ninguna condición</b>	

# CAPÍTULO 5

*Utilizar la cobertura del plan para los  
medicamentos recetados de la  
Parte D*

## Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D



### ¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si está recibiendo "Ayuda Adicional" con los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D?

Como tiene derecho a Medicaid, reúne los requisitos y está recibiendo "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que usted está en el programa de "Ayuda adicional", **alguna información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica a usted.** Le enviamos un documento por separado, denominado Cláusula adicional a la *Evidencia de cobertura para personas que reciben "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos recetados (también llamada Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos [LIS, por sus siglas en inglés] o Cláusula adicional LIS)*, en donde se le informan la cobertura de sus medicamentos. Si no tiene este anexo, comuníquese con el Departamento de Servicios de atención para Miembros y pida la "Cláusula adicional LIS Rider". (Puede encontrar los números de teléfono del Servicios para Miembros en la contraportada de este documento).

## SECCIÓN 1 Introducción

Este Capítulo **describe las normas para la utilización de su cobertura para medicamentos de la Parte D.** Consulte el Capítulo 4 para conocer las prestaciones de medicamentos de la Parte B de Medicare y las prestaciones de medicamentos para cuidados paliativos.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus beneficios de AHCCCS (Medicaid). La Lista de medicamentos le indica cómo averiguar sobre su cobertura de medicamentos de AHCCCS (Medicaid). Consulte su formulario BCBSAZ Health Choice Pathway en el sitio web [azblue.com/pathway](http://azblue.com/pathway).

<b>Sección 1.1</b>	<b>Normas básicas para la cobertura del plan de medicamentos de la Parte D</b>
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------

El plan generalmente cubre sus medicamentos siempre que usted cumpla las siguientes normas básicas:

- Debe tener un proveedor (un médico, un dentista u otra persona que le da sus recetas) que le haga una receta, que debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- La persona que le da sus recetas no debe figurar en las Listas de exclusión o Preclusión de Medicare.

## Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

---

- Por lo general, usted debe presentar la receta médica en una farmacia de la red para surtir su medicamento. (Consulte la Sección 2 de este Capítulo o *adquiera sus medicamentos recetados a través del servicio de pedidos por correo del plan*).
- El medicamento debe figurar en la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan (la llamamos en forma abreviada lista de medicamentos). (Consulte la Sección 3 de este Capítulo).
- El medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Una “indicación médica aceptada” consiste en el uso de un medicamento aprobado por el Departamento de Control de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 en este Capítulo para obtener más información sobre una indicación médica aceptada).
- Su medicamento puede requerir aprobación antes de que lo cubramos. (Consulte la Sección 4 de este Capítulo para obtener más información sobre las restricciones de su cobertura).

---

### SECCIÓN 2      **Adquiera sus medicamentos recetados a través de una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan**

---

<b>Sección 2.1      Utilice una farmacia de la red</b>
--------------------------------------------------------

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si adquiere los medicamentos en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener más información acerca de en qué situaciones cubriremos medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proveer sus medicamentos recetados cubiertos. El término medicamentos cubiertos significa todos los medicamentos recetados de la Parte D que están en la lista de medicamentos del plan.

<b>Sección 2.2      Farmacias de la red</b>
---------------------------------------------

#### **¿Cómo puede encontrar una farmacia de la red en su área?**

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar su *Directorio de farmacias*, visitar nuestra página web ([azblue.com/hcpathway](http://azblue.com/hcpathway)) o llamar a Servicios para Miembros

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



## Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

---

### ¿Qué hacer si una farmacia que usted utiliza normalmente deja de pertenecer a la red?

Si la farmacia que usted utiliza normalmente deja de pertenecer a la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su zona, puede pedir ayuda al Servicio para Miembros o utilizar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en [azblue.com/hcpathway](https://www.azblue.com/hcpathway).

### ¿Qué hacer si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusiones en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de centros de atención a largo plazo (long-term care, LTC). Por lo general, un centro de atención a largo plazo (como una residencia para convalecientes) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro LTC, consulte con el Departamento de Servicios de Atención para el miembro.
- 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 expenden ciertos medicamentos restringidos por la FDA para ciertos lugares, o que requieren manipulación especial, coordinación con el proveedor o capacitación para su uso. Para localizar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de farmacias* [azblue.com/hcpathway](https://www.azblue.com/hcpathway) o llame a Servicios para Miembros.

<b>Sección 2.3</b>	<b>Usar los servicios de pedidos por correo del plan</b>
--------------------	----------------------------------------------------------

Para ciertos tipos de medicamentos, usted puede usar los servicios de pedidos por correo de la red del plan. En general, los medicamentos provistos a través de pedidos por correo son medicamentos que usted toma en forma regular, por una afección médica crónica o prolongada. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedidos por correo del plan están marcados con “NM” en nuestra Lista de medicamentos.

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

## Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

---

Para obtener información y formularios sobre el surtido de medicamentos recetados por correo, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contratapa de este folleto).

Por lo general, una farmacia de pedidos por correo le enviará el pedido en no más de 10-15 días. Si su pedido por correo se retrasa, es posible que pueda surtirse en una farmacia local. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

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

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las nuevas recetas que reciba de los proveedores de atención sanitaria, sin consultarle antes, si es que lo hace:

- Utilizó servicios de venta por correo con este plan en el pasado, o
- Usted se suscribe a la entrega automática de todas las nuevas recetas recibidas directamente de los proveedores de asistencia sanitaria. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento llamando al Servicio de Atención al Afiliado (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Si recibe automáticamente por correo un medicamento recetado que no desea, y no se pusieron en contacto con usted para ver si la quería antes de enviarla, es posible que tenga derecho a un reembolso.

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia le surta y envíe automáticamente cada nueva receta, póngase en contacto con nosotros llamando al Servicio para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Si nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega por correo o decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un profesional sanitario para ver si desea que le surtan el medicamento y se lo envíen inmediatamente. Es importante que responda cada vez que es contactado por la farmacia, para informarles si deben enviar, retrasar o cancelar la nueva receta.

**Reposiciones de recetas por correo.** Para resurtidos de sus medicamentos recetados, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. Con este programa, comenzaremos a procesar su próxima renovación automáticamente cuando nuestros registros nos muestren que se está quedando

## Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

---

sin su medicamento. La farmacia lo contactará antes de enviar cada renovación para asegurarse de que necesita más medicamentos, y usted podrá cancelar los resurtidos programados si todavía tiene medicación suficiente o si le han cambiado el medicamento.

Si opta por no utilizar nuestro programa de autorrelleno, pero desea que la farmacia de venta por correo le envíe su receta, póngase en contacto con su farmacia 14 días antes de que se agote su receta actual. Así se asegurará de que su pedido le llegue a tiempo.

Para optar por no utilizar nuestro programa que prepara renovaciones por correo en forma automática, puede llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Si recibe automáticamente por correo un recambio que no desea, puede optar a un reembolso.

### Sección 2.4 ¿Cómo obtener un suministro prolongado de medicamentos?

El plan ofrece dos maneras de obtener suministros prolongados (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en nuestra Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma de forma regular, para una enfermedad crónica o de larga duración).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de farmacias* [azblue.com/hcpathway](http://azblue.com/hcpathway) le indica cuáles farmacias dentro de la red le pueden entregar un suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de venta por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

### Sección 2.5 ¿En qué casos puede usar una farmacia que no está en la red del plan?

#### Su receta médica puede estar cubierta en ciertas situaciones

Generalmente, cubrimos medicamentos adquiridos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede adquirirlos en una farmacia de la red. Para ayudarle, disponemos de farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio en las que puede surtir sus recetas como miembro a nuestro plan. **Le pedimos que primero se comunique con el Departamento de Servicios** para Miembros para que le informen

## Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

---

si existe una farmacia de la red cerca de usted. Es posible que se le solicite pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Estos son los casos en que cubrimos medicamentos recetados adquiridos en una farmacia fuera de la red:

- BCBSAZ 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 recetados, 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 es evacuado o desplazado de su domicilio debido a una catástrofe federal u otra declaración de emergencia de salud pública.

### ¿Cómo puede solicitar un reembolso del plan?

Si usted debe adquirir un medicamento en una farmacia fuera de la red, generalmente usted deberá pagar el costo total en el momento que adquiere el medicamento. Puede pedirnos que se lo reembolsemos. (En la Sección 2 del Capítulo 7, se explica cómo solicitar el reintegro al plan).

---

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

---

<b>Sección 3.1</b>	<b>La Lista de medicamentos le informa sobre los medicamentos de la Parte D que están cubiertos</b>
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. En esta *Evidencia de cobertura*, la llamamos en forma abreviada **Lista de medicamentos**.

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por este organismo.

## Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

---

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos para usted bajo sus beneficios de AHCCCS (Medicaid). Para saber qué medicamentos están cubiertos bajo sus beneficios de AHCCCS (Medicaid), consulte su BCBSAZ Health Choice u otro formulario de AHCCCS (Medicaid). Para recibir una copia del formulario de BCBSAZ Health Choice Arizona, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto) o visite la página web [azblue.com/hcpathway](http://azblue.com/hcpathway).

Generalmente, cubrimos un medicamento en la Lista de medicamentos del plan siempre que usted cumpla con las demás normas de cobertura especificadas en este Capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médica aceptada. Una indicación médica aceptada consiste en el uso de un medicamento *que*:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para la que se prescribe, o
- Esté avalado por determinados libros de referencia como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de información DRUGDEX Micromedex.

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

Un medicamento de marca registrada es un medicamento recetado que se vende bajo un nombre de marca comercial 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 que se denominan biosimilares. Por lo general, los genéricos y biosimilares funcionan igual de bien que los productos de marca o biológicos originales y pueden costar menos. Existen sustitutos genéricos de muchos medicamentos de marca registrada y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, así como los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca registrada.

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

## Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

---

### ¿Cuáles son los medicamentos que *no* se incluye en la Lista de medicamentos?

El formulario de BCBSAZ 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 su BCBSAZ Health Choice u otro formulario de AHCCCS (Medicaid). Para recibir una copia del formulario de BCBSAZ Health Choice, llame a servicios para afiliados (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto) o visite el sitio web [azblue.com/hcpathway](http://azblue.com/hcpathway).

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, las leyes no permiten que el plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Consulte la Sección 7.1 de este Capítulo para obtener más información).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en nuestra Lista de medicamentos. En algunos casos, podrá obtener un medicamento que no figure en la Lista de medicamentos. (Para más información, consulte el Capítulo 9.)

<b>Sección 3.2</b>	<b>¿Cómo verificar si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos?</b>
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

Existen 3 maneras de verificar esto:

1. Consultar la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos electrónicamente.
2. Visite la página web del plan ([azblue.com/hcpathway](http://azblue.com/hcpathway)). La Lista de medicamentos que se publica en la página web siempre es la más actualizada.
3. Comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para verificar si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos o para solicitar una copia de la lista.
4. Utilice la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan ([azblue.com/hcpathway/members/prescription-drug-information/](http://azblue.com/hcpathway/members/prescription-drug-information/) o llamando al Servicio para Miembros). Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para ver una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección.

## Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

### SECCIÓN 4 Existen ciertas restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

#### Sección 4.1 ¿Por qué existen restricciones para algunos medicamentos?

Para ciertos medicamentos recetados, existen algunas normas especiales que establecen restricciones de cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos ha desarrollado estas normas para animarle a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la forma 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.

Cuando un medicamento seguro de menor valor presenta la misma eficacia médica que un medicamento de mayor valor, las normas del plan están diseñadas para recomendar que usted y su proveedor utilicen ese medicamento de menor valor.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en función de la potencia, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención sanitaria, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno al día frente a dos al día; comprimido frente a líquido).

#### Sección 4.2 ¿Cuáles son las restricciones?

En las siguientes secciones, se incluye más información sobre los tipos de restricciones que establecemos para ciertos medicamentos.

**Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán seguir algunos pasos adicionales para que cubramos el medicamento.** Póngase en contacto con el Servicio para Miembros para saber qué tendría que hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. **Si desea que no apliquemos la restricción en su caso, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción.** Podemos aceptar no aplicar la restricción a su caso, o no hacerlo. (Consulte el Capítulo 9).

## Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

---

### Obtención de aprobación previa del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener aprobación del plan antes de que aceptemos ofrecerle cobertura por el medicamento. Esto se llama **autorización previa**. Se pone en marcha para garantizar la seguridad de la medicación y ayudar a orientar el uso adecuado de ciertos fármacos. Si usted no obtiene dicha aprobación, el medicamento posiblemente no será cubierto por el plan.

### Probar primero con un medicamento diferente

Este requisito recomienda que usted pruebe medicamentos menos costosos, pero igualmente eficaces antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B se utilizan para tratar la misma afección médica, el plan puede indicarle que pruebe el Medicamento A primero. Si el Medicamento A no produce los efectos deseados para usted, entonces el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se llama **terapia escalonada**.

### 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 un comprimido por día de un medicamento en particular, podemos limitar la cobertura del medicamento recetado a no más de un comprimido por día.

---

## SECCIÓN 5 ¿Qué hacer si alguno de sus medicamentos no está cubierto en la forma que a usted le gustaría que lo estuviera?

---

<b>Sección 5.1</b>	<b>Existen ciertos recursos a su disposición si uno de sus medicamentos no está cubierto en la forma que a usted le gustaría que lo estuviera</b>
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Hay situaciones donde es posible que haya un medicamento recetado que toma actualmente, o un medicamento que usted o su proveedor considere que debe tomar, que no se encuentre en nuestro formulario o que se encuentre en el formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O quizás, una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la marca que usted desea tomar no está cubierta.



## Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

---

- El medicamento está cubierto, pero se establecen normas o restricciones adicionales para la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- Existen ciertos recursos a su disposición si uno de sus medicamentos no está cubierto en la forma que a usted le gustaría que lo estuviera **Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o si existen restricciones para este medicamento, consulte la Sección 5.2 para conocer cuáles son los recursos a su disposición.**

<b>Sección 5.2</b>	<b>¿Qué hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si existen ciertas restricciones para el medicamento?</b>
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o existen ciertas restricciones, aquí algunas opciones:

- Usted puede obtener un suministro provisional del medicamento.
- Puede cambiar el medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedir que el plan cubra el medicamento o retire las restricciones del medicamento.

### **Usted puede obtener un suministro provisional**

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionarle un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

Para poder optar a un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando ya **no debe figurar en la Lista de medicamentos del plan O ahora está restringido de alguna manera.**

- **Si es un nuevo miembro**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su afiliación al plan
- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año natural.
- El suministro provisional será por un máximo de 31 días. Si se indican menos días en su receta médica, permitiremos varias renovaciones para proporcionar hasta un máximo de 31 días de suministro del medicamento. El medicamento recetado debe ser adquirido en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios).

## Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

---

- **Para aquellos miembros que han estado en el plan durante más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro inmediatamente:**

Cubriremos un suministro por 31 días de un medicamento en particular o menos si su receta indica menos días. Esto es adicional al suministro temporal mencionado anteriormente.

- Si existe algún cambio en su entorno de atención (como ser dado de alta o admitido en un centro de atención a largo plazo), su médico o farmacia pueden solicitar un suministro temporal del medicamento. Este suministro temporal (31 o 34 días) le dará tiempo para hablar con su médico sobre el cambio de cobertura.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame al Servicio para Miembros.

**Durante el tiempo en el que usted usa un suministro provisional de un medicamento, usted deberá consultar con su proveedor para decidir qué hará cuando haya terminado el suministro provisional. Tiene dos opciones:**

### 1) Puede cambiar el medicamento

Hable con su proveedor sobre si existe un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda funcionarle igual de bien. Puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que se utilizan para tratar la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted.

### 2) Usted puede solicitar una excepción

**Usted y su proveedor pueden solicitar al plan una excepción para su caso a fin de que cubra el medicamento de la manera que a usted le gustaría que lo cubriera.** Si su proveedor determina que por razones médicas se justifica solicitarnos una excepción, su proveedor puede asistirlo para solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede solicitar que el plan cubra un medicamento aunque este no se encuentre en la Lista de medicamentos del plan. O puede solicitar al plan una excepción para que cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es actualmente un miembro y un medicamento que está tomando va a ser retirado del formulario o restringido de alguna manera para el próximo año, le informaremos de cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a recibir su solicitud (o la declaración de apoyo de la persona que le da sus recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

## Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

---

**Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, deben consultar la Sección 7.4 del Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo proceder.** Explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se maneje de manera rápida y justa.

---

### **SECCIÓN 6      ¿Qué hacer si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?**

---

<b>Sección 6.1      La lista de medicamentos puede cambiar durante el año</b>
-------------------------------------------------------------------------------

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan a principios de cada año (el 1.º de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede realizar algunas modificaciones en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan puede:

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

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

Consulte en el Capítulo 12 las definiciones de los tipos de fármacos tratados en este Capítulo.

<b>Sección 6.2      ¿Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted está tomando?</b>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### **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 esta Sección se describen los tipos de cambios que podemos introducir en la Lista de medicamentos y cuándo recibirá un aviso directo si se han introducido cambios en un medicamento que está tomando.

## Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

---

### Los cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos que le afecten durante el año en curso del plan

- **Añadir nuevos medicamentos a la Lista de Medicamentos y eliminar inmediatamente o realizar cambios en un medicamento similar de la Lista de Medicamentos.**
  - Al añadir una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de costos compartidos diferente, añadir nuevas restricciones, o ambas cosas. La nueva versión del medicamento tendrá las mismas o menos restricciones.
  - Realizaremos estos cambios inmediatos sólo si estamos añadiendo una nueva versión genérica de una marca o añadiendo ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de Medicamentos.
  - Podemos hacer estos cambios inmediatamente e informarle más tarde, incluso si está tomando el medicamento que estamos eliminando o al que estamos haciendo cambios. Si está tomando el medicamento similar en el momento en que hagamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.
  
- **Añadir medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar de la Lista de medicamentos con previo aviso.**
  - Al añadir otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a un nivel de costos compartidos diferente, añadir nuevas restricciones, o ambas cosas. La versión del medicamento que agregamos tendrá las mismas o menos restricciones.
  - Realizaremos estos cambios sólo si estamos añadiendo una nueva versión genérica de una marca registrada o añadiendo ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de Medicamentos.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de 31 días de la versión del medicamento que está tomando.

## Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

---

- **Retirar del mercado los medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de Medicamentos que se retiren del mercado.**
  - 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 comunicaremos después de realizar el cambio.
- **Hacer otros cambios a los medicamentos de la Lista de medicamentos**
  - Podemos hacer otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, basados en las advertencias de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional de 31 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos alguno de estos cambios en alguno de los medicamentos que está tomando, hable con su prescriptor sobre las opciones que más le convendrían, incluido el cambio a un medicamento diferente para tratar su enfermedad, o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer las nuevas restricciones del medicamento que está tomando. Usted o la persona que le da sus recetas pueden solicitarnos una excepción para seguir cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

### **Los cambios en la Lista de medicamentos no le afectan durante el año en curso del plan**

Podemos realizar ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se han descrito anteriormente. En estos casos, el cambio no se le aplicará si está tomando el medicamento cuando se realice el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios le afecten a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si permanece en el mismo plan.

En general, los cambios que no le afectarán durante el año del plan en curso 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 usted esté tomando (excepto si se retira del mercado, un medicamento genérico sustituye a un medicamento de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará a su uso ni a lo que usted paga como parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente.

## Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

---

No le informaremos directamente sobre este tipo de cambios durante el año en curso del plan. Tendrá que consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el periodo de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que toma que le afectará durante el próximo año del plan.

---

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

---

<b>Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos</b>
----------------------------------------------------------

En esta Sección se describen los tipos de medicamentos recetados que están **excluidos**. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Si desea información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9.) Si el medicamento está excluido, deberá pagarlo usted mismo.

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

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que no esté cubierto según la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *fuera de lo indicado* de un medicamento cuando dicho uso no esté respaldado por determinadas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Micromedex DRUGDEX Information System. El uso *fuera de lo indicado* se refiere a cualquier uso de un medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por el Departamento de Control de Alimentos y Medicamentos.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos que se enumeran a continuación no están cubiertas por Medicare Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos para usted bajo su cobertura de medicamentos de Medicaid. Para averiguar qué medicamentos podrían estar cubiertos en virtud de sus beneficios de AHCCCS (Medicaid), consulte su formulario BCBSAZ Health Choice u otro formulario de AHCCCS (Medicaid). Para recibir una copia del formulario de BCBSAZ Health Choice Arizona, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto) o visite la página web [azblue.com/hcpathway](http://azblue.com/hcpathway).

## Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

---

- Medicamentos no recetados (también llamados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad.
- 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 requiere la compra de pruebas asociadas o servicios de control exclusivamente del fabricante como condición de venta.

**Si recibe "Ayuda adicional"** para pagar sus recetas, el programa "Ayuda adicional" no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Póngase en contacto con el programa Medicaid de su estado para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

---

## SECCIÓN 8 Rellenar una receta

---

### Sección 8.1 Información sobre su afiliación

Para surtir su receta, facilite los datos de afiliación al plan, que encontrará en su tarjeta de miembro, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan su medicamento.

### Sección 8.2 ¿Qué hacer si no tiene su información de membresía con usted?

Si no tiene la tarjeta de membresía del plan con usted cuando adquiere su medicamento recetado, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria, o puede pedir a la farmacia que busque la información sobre su inscripción en el plan.

## Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

---

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **usted deberá pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo adquiera**. Puede entonces **pedirnos que se lo reembolsemos**. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo solicitar un reembolso del plan).

### Reembolso por medicamentos recetados

Es posible que le reembolsemos el costo de los medicamentos si los compró durante la “cobertura del período anterior” antes de afiliarse a BCBSAZ Health Choice Pathway. La cobertura del período anterior es el tiempo entre el momento en que comenzó a ser elegible para AHCCCS y el momento en que se afilió a BCBSAZ Health Choice Pathway. Solo podemos reembolsarle el costo de los medicamentos a través de BCBSAZ Health Choice Pathway y ese reembolso puede ser inferior a la cantidad que pagó en la farmacia.

Si tiene problemas para obtener sus medicamentos, solicite a la farmacia que llame a la línea de ayuda de farmacias, que atiende las 24 horas, de BCBSAZ Health Choice Pathway al **1-800-322-8670**. Responderemos cualquier consulta.

No pague el costo total de los medicamentos recetados. Solo realice el copago que le corresponde, si le corresponde. Si pagó los medicamentos recetados y considera que no debía hacerlo, envíe los recibos y las etiquetas de las farmacias a BCBSAZ Health Choice Pathway. Debe enviarlos dentro de los seis (6) meses posteriores a la fecha en que realizó el pago. Analizaremos su solicitud de reembolso. Después de revisar la documentación, le informaremos si podemos darle el reembolso.

---

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

---

<b>Sección 9.1</b>	<b>¿Qué sucede si usted está internado en un hospital o centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan?</b>
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si usted es internado en un hospital o un centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante la hospitalización. Una vez que abandone el hospital o el centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre que éstos cumplan todas nuestras normas de cobertura descritas en este Capítulo.



## Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

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

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como una residencia para ancianos y convalecientes) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que le provee medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente en un centro de atención a largo plazo, puede adquirir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro, siempre y cuando esta sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* [azblue.com/hcpathway](http://azblue.com/hcpathway) para averiguar si la farmacia de su centro de LTC o la que éste utiliza forma parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o ayuda, póngase en contacto con el Servicio para Miembros. Si usted se encuentra en un centro de atención a largo plazo (LTC), nosotros debemos asegurarnos de que pueda recibir constantemente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

### ¿Qué ocurre si usted reside en un centro de cuidados a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no figura en nuestra Lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera?

Consulte la Sección 5.2 sobre un suministro temporal o de emergencia.

### Sección 9.3 ¿Qué sucede si también recibe cobertura por medicamentos de un plan de empleador o de un plan grupal para jubilados?

Si actualmente tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), póngase en contacto con el **administrador de beneficios de ese grupo**. Ellos podrán ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos con receta con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura de grupo para empleados o jubilados, la cobertura de medicamentos que obtenga de nosotros será *secundaria* a su cobertura de grupo. Eso quiere decir que su cobertura grupal pagará primero.

#### **Aviso especial sobre cobertura válida:**

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

Si la cobertura del plan de grupo es válida, significa que el plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague, de media, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare.

## Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

---

**Conserve este aviso sobre la cobertura válida**, porque puede necesitarlo más adelante. Si usted se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, posiblemente necesite este aviso para demostrar que ha mantenido una cobertura válida. Si no recibió el aviso de cobertura válida, solicite una copia al administrador de prestaciones de su empleador o del plan de jubilación o al empleador o sindicato.

### Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidado paliativo certificado por Medicare?

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no se encuentra cubierto por su centro de cuidados paliativos porque no está relacionado con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación por parte de la persona que le da sus recetas o de su proveedor de cuidados paliativos de que el medicamento no está relacionado con su afección antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale a la persona que le da sus recetas de cuidados paliativos o a la persona que le receta que le notifique antes de que le surtan la receta.

En el caso de que usted renuncie a su elección de cuidados paliativos o sea dado de alta de su plan de cuidados paliativos, nuestro plan deberá cubrir todos sus medicamentos, 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 su alta en el plan.

---

## SECCIÓN 10 Programas de seguridad y utilización de medicamentos

---

### Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura

Realizamos revisiones de utilización de medicamentos para nuestros miembros para asegurarles de que están recibiendo atención médica segura y correcta.

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:

- Posibles errores de medicamentos.

## Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

---

- Medicamentos que posiblemente no sean necesarios porque usted 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 por medicamentos que contienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosificación) de un medicamento que usted está tomando.
- Cantidades peligrosas de analgésicos opioides.

Si observamos un posible problema en su utilización de los medicamentos, consultaremos con su proveedor para corregir el error.

<b>Sección 10.2</b>	<b>Programa de manejo de medicamentos (Drug Management Program, DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de manera segura</b>
---------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de forma segura los opiáceos recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (DMP). Si utiliza medicamentos opiáceos que obtiene de varios prescriptores o farmacias, o si ha sufrido una sobredosis reciente de opiáceos, podemos hablar con sus prescriptores para asegurarnos de que su uso de medicamentos opiáceos es adecuado y médicamente necesario. Trabajando con sus médicos, si decidimos que está en riesgo por mal uso o abuso de sus medicamentos opioides, podríamos limitar cómo puede obtener esos medicamentos. Si le incluimos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepínicos en una farmacia(s) específica(s).
- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepínicos de una persona que le da sus recetas
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepínicos que cubriremos para usted.

Si tenemos previsto limitar la forma en que puede recibir estos medicamentos o la cantidad que puede recibir, le enviaremos una carta con antelación. La carta le indicará si limitamos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le exigirá que obtenga las recetas para estos medicamentos sólo de una persona que le da sus recetas o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o

## Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

---

farmacias prefiere usar y cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Una vez que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si cree que hemos cometido un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su prescriptor tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo presentar una apelación.

No se le incluirá en nuestro DMP si padece ciertas afecciones médicas, como dolores relacionados con el cáncer o anemia falciforme, si recibe cuidados paliativos o al final de la vida o si vive en un centro de cuidados a largo plazo.

<b>Sección 10.3</b>	<b>Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM) para ayudar a los miembros a utilizar sus medicamentos</b>
---------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros con el fin de ayudar a garantizar que nuestros afiliados obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos afiliados que padecen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan una cantidad específica de costos de medicamentos o están en un DMP para ayudar a los afiliados a utilizar sus opiáceos de forma segura, pueden obtener 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 consultar acerca de la mejor manera de tomar los medicamentos, los costos y cualquier problema o pregunta sobre su receta médica y medicamentos 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 afiliados al programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

## Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

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 sanitaria. Además, lleve su lista de medicamentos actualizados con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de acudir al hospital o a la sala de emergencias.

Si contamos con un programa que se adecua a sus necesidades, lo inscribiremos a usted en el programa en forma automática y le enviaremos información. Si usted decide no participar, avísenos y lo retiraremos. Si tiene preguntas sobre este programa, comuníquese con Servicios para Miembros si tiene preguntas.

---

### SECCIÓN 11 Enviamos informes con la descripción de pagos por sus medicamentos y la etapa de pago en la que usted se encuentra

---

<b>Sección 11.1</b>	<b>Enviamos un informe mensual llamado Descripción de Beneficios de la Parte D (la EOB de la Parte D)</b>
---------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nuestro plan mantiene un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted ha efectuado cuando adquiere sus medicamentos recetados o renovación de recetas médicas en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuando ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, mantenemos un registro de dos tipos de costos:

- Mantenemos el registro de lo que usted ha pagado. A esto se le llama **los costos de bolsillo**.
- Mantenemos el registro de su **costo total por medicamentos**. Es el total de todos los pagos realizados por los medicamentos cubiertos por la Parte D. Incluye lo que pagó el plan, lo que pagó usted y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si le han surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *EOB de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye:

- **Información correspondiente a ese mes**. Este informe detalla los pagos efectuados por los medicamentos recetados que usted ha adquirido durante el mes anterior. Detalla el total de costos de medicamentos, cuánto pagó el plan y cuánto pagaron usted y otros en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero**. Esto se llama información del año hasta la fecha. Muestra el total de costos de medicamentos y el total de pagos efectuados por sus medicamentos desde principios de año.

## Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

---

- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento, así como información sobre los aumentos de precio desde el primer surtido para cada solicitud de receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos recetados alternativos disponibles a menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada solicitud de receta, si procede.

<b>Sección 11.2</b>	<b>Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos por medicamentos</b>
---------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------

Para mantener un registro de sus costos por medicamentos y los pagos que usted realiza por los medicamentos, 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 conocemos las recetas que está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que contemos con la información necesaria.** Hay ocasiones en las que puede pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un seguimiento de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar la cuenta de sus gastos de bolsillo, entréguenos copias de sus recibos. **Aquí tiene ejemplos de cuándo debe darnos copias de los recibos de sus medicamentos:**
  - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
  - Cuando usted efectúa un copago por medicamentos provistos a través de un programa de asistencia al paciente del fabricante.
  - Cuando usted compra medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en otras ocasiones en que usted ha pagado el precio total por un medicamento cubierto en casos especiales.

Si usted recibe la factura por un medicamento cubierto, puede solicitarle a nuestro plan que pague. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya al Capítulo 7, Sección 2.

- **Envíenos información de los pagos que otras personas hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también se toman en cuenta para el cálculo de sus costos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia para medicamentos para el

**Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**

---

SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas Americanos y las instituciones de caridad cuentan en el cálculo de sus costos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y enviárnoslo para que podamos llevar un registro de sus costos.

- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información está completa y es correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, llámenos al Servicios para Miembros. Asegúrese de conservar estos informes.

# CAPÍTULO 6:

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





### ¿Cómo puede obtener información sobre el costo de sus medicamentos?

Como tiene derecho a Medicaid, reúne los requisitos y está recibiendo “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que usted está en el programa de “Ayuda adicional”, **alguna información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica a usted**. Le enviamos un documento por separado, denominado Cláusula adicional a la *Evidencia de cobertura para personas que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos recetados (también llamada Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos [LIS, por sus siglas en inglés] o Cláusula adicional LIS)*, en donde se le informan la cobertura de sus medicamentos. Si no tiene este anexo, comuníquese con el Departamento de Servicios de atención para Miembros y pida la “Cláusula adicional LIS Rider”.

# CAPÍTULO 7:

*Cómo solicitarnos que paguemos  
nuestra parte de una factura que  
recibió por servicios médicos o  
medicamentos cubiertos*

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

---

---

**SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de sus servicios o medicamentos cubiertos**

---

Los proveedores de nuestra red envían la factura directamente al plan por sus servicios y medicamentos cubiertos, usted no debería recibir una factura por los servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura o medicamento que usted ha recibido, debe enviarnos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios y medicamentos deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

**Si usted ya ha pagado un servicios o suministro de Medicare cubierto por el plan,** puede solicitarle a nuestro plan que le reembolse el dinero (por lo general, el pagarle el dinero a usted se denomina “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 haya pagado, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le reembolsaremos por 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 ha recibido o posiblemente por un importe superior al de sus costos compartidos, tal y como se explica en este documento. Primero intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios y medicamentos deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. 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.

**Reembolso por medicamentos recetados**

Es posible que le reembolsemos el costo de los medicamentos si los compró durante la “cobertura del período anterior” antes de afiliarse a BCBSAZ Health Choice Pathway. La cobertura del período anterior es el tiempo entre el momento en que comenzó a ser elegible para AHCCCS y el momento en que se afilió a BCBSAZ Health Choice Pathway. Solo podemos reembolsarle el costo de los medicamentos a través de BCBSAZ Health Choice Pathway y ese reembolso puede ser inferior a la cantidad que pagó en la farmacia.

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

---

Si tiene problemas para obtener sus medicamentos, solicite a la farmacia que llame a la línea de ayuda de farmacias, que atiende las 24 horas, de BCBSAZ Health Choice Pathway al **1-800-322-8670**. Responderemos cualquier consulta.

No pague el costo total de los medicamentos recetados. Solo realice el copago que le corresponde, si le corresponde. Si pagó los medicamentos recetados y considera que no debía hacerlo, envíe los recibos y las etiquetas de las farmacias a BCBSAZ Health Choice Pathway. Debe enviarlos dentro de los seis (6) meses posteriores a la fecha en que realizó el pago. Analizaremos su solicitud de reembolso. Después de revisar la documentación, le informaremos si podemos darle el reembolso.

A continuación, se enumeran ejemplos de situaciones en las que puede solicitar a nuestro plan un reembolso o que paguemos una factura que usted recibió.

### **1. Cuando recibe atención médica de emergencia o atención médica requerida urgentemente de un proveedor fuera de la red de nuestro plan**

Puede recibir servicios de urgencia o de emergencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor pertenezca o no a nuestra red. En estos casos, pida al proveedor que facture al plan.

- Si usted paga la suma total en el momento en que recibe la atención, deberá solicitarnos un reembolso. Envíenos la factura, junto con todos los comprobantes de pago que haya efectuado.
- Puede recibir una factura de un proveedor que solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con los comprobantes de pago que haya efectuado.
  - Si al proveedor se le debe un pago, lo realizaremos directamente al proveedor.
  - Si ya ha pagado por el servicio, se lo devolveremos.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan. No obstante, a veces cometen errores y le solicitan a usted que pague por los servicios.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de la facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado. Debe solicitarnos que le reembolsemos los servicios cubiertos o la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que adeuda según el plan.

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

---

### **3. Si usted se inscribe en nuestro plan en forma retroactiva**

Algunas veces la inscripción de una persona en el 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 inscribió en forma retroactiva en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquiera de los servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos. Deberá enviarnos documentación, como facturas y recetas, para que nos encarguemos del reembolso.

### **4. Cuando adquiere un medicamento recetado en una farmacia fuera de la red**

Si va a una farmacia fuera de la red, la farmacia probablemente no pueda presentar el reclamo directamente a nosotros. Cuando esto sucede, usted deberá pagar el costo total por el medicamento recetado.

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reembolso. Recuerde que sólo cubrimos las farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para un análisis de estas circunstancias. Es posible que no le devolvamos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y la cantidad que pagaríamos en una farmacia de la red.

### **5. Cuando usted paga el costo total de un medicamento recetado porque no tiene su tarjeta de membresía consigo**

Si no tiene su tarjeta de membresía consigo, puede solicitarle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción al plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, usted deberá pagar el costo total del medicamento recetado. Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reembolso. 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 usted paga el costo total de una receta médica en otras situaciones**

Deberá pagar el costo total de un medicamento recetado si se le informa que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no figure en la Lista de medicamentos del plan o que tenga un requisito o restricción que usted desconocía o no cree que deba aplicársele. Si decide adquirir el medicamento inmediatamente, deberá pagar el costo total del mismo.

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

---

- Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reembolso. En algunas situaciones, necesitaremos obtener más información de su médico para efectuar el reembolso del medicamento. 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 usted nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o el medicamento deberían estar cubiertos. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debería estar cubierto, le reembolsaremos los servicios o medicamentos. Si denegamos una solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 de este documento para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

---

## SECCIÓN 2      Cómo solicitar un reembolso o el pago de una factura que usted ha recibido

---

Puede solicitarnos el reembolso llamándonos por teléfono o enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe 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 presentar su reclamo dentro de los 90 días** posteriores a la fecha en que recibió el servicio, suministro o medicamento.

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

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

BCBSAZ Health Choice Pathway, ATN: Reimbursement Services  
P.O. 52033, Phoenix AZ 85072.

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

BCBSAZ Health Choice Pathway, ATN: Reimbursement Services  
P.O. 52033, Phoenix AZ 85072.

Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene preguntas (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). Si no sabe lo que debería haber pagado o si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarlo. También nos puede llamar si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

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

---

**SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos afirmativa o negativamente**

---

**Sección 3.1 Verificamos si nos corresponde cubrir el servicio o medicamento**

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted ha seguido todas las normas, pagaremos el servicio o el medicamento. Si usted ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el importe íntegro 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 a nuestro precio negociado). Si aún no ha pagado por el servicio o medicamento, enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o que usted *no* ha seguido todas las normas, no pagaremos la atención médica o el medicamento. Le enviaremos una carta explicándole las razones por las que no le enviamos el pago y sus derechos a recurrir esa decisión.

**Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos la totalidad de la atención médica o el medicamento, usted puede presentar una apelación**

Si usted considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o con el monto que pagaremos, usted puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos nuestra decisión de rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos específicos y fechas límites importantes. Para conocer los detalles sobre cómo hacer este llamamiento, vaya al Capítulo 9 de este documento.

# CAPÍTULO 8:

## *Sus derechos y responsabilidades*



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

<b>Sección 1.1</b>	<b>Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted de acuerdo con sus sensibilidades culturales (en idiomas que no sean inglés, en sistema Braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)</b>
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los miembros, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o con diversos orígenes culturales y étnicos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la provisión de 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 brindarle información de forma gratuita en sistema Braille, en letra grande o en formatos alternativos si lo requiere. Nuestra obligación es proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de una forma apropiada para usted, llame a Servicios para Miembros.

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.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame a Servicios para Miembros para presentar una queja al **1-800-656-8991** (TTY **711**), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. También puede presentar una queja con Medicare llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** o puede presentarla directamente en la Oficina de Derechos Civiles, al **1-800-368-1019** o TTY **1-800-537-7697**.

---

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

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted de acuerdo con sus sensibilidades culturales (en idiomas que no sean inglés, en sistema Braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)</b>
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los miembros, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o con diversos orígenes culturales y étnicos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la provisión de 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 brindarle información de forma gratuita en sistema Braille, en letra grande o en formatos alternativos si lo requiere. Nuestra obligación es proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de una forma apropiada para usted, llame a Servicios para Miembros.

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.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame a Servicios para Miembros para presentar una queja al **1-800-656-8991 (TTY 711)**, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. También puede presentar una queja con Medicare llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** o puede presentarla directamente en la Oficina de Derechos Civiles, al **1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697**.

<b>Sección 1.2</b>	<b>Debemos garantizarle el acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos</b>
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

Usted tiene derecho a seleccionar un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para que le provea y coordine sus servicios cubiertos. También tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de ser remitida. No requerimos que obtenga una derivación para acudir a proveedores de la red.

Usted tiene derecho a recibir consultas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un periodo razonable de tiempo*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunamente de especialistas cuando necesita este tipo de atención. También tiene derecho a adquirir sus medicamentos recetados o renovaciones de recetas en cualquiera de las farmacias de la red sin largas demoras.

Si usted considera que no recibe atención médica o medicamentos de la Parte D en un periodo razonable de tiempo, consulte el Capítulo 9 de este manual para saber cómo proceder.

<b>Sección 1.3</b>	<b>Debemos proteger la privacidad de su información médica personal</b>
--------------------	-------------------------------------------------------------------------

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 **información personal** que nos brindó cuando se inscribió en este plan, así como también su historia clínica, y otra información médica y sobre su salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control de cómo se utiliza su información sanitaria. Le entregamos un aviso por escrito, llamado *Aviso de las Normas de Privacidad*, que describe estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

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

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no puedan leer ni cambiar sus registros.
- Salvo en las circunstancias que se indican a continuación, si entregamos su información médica a una persona que no le provee atención ni paga por ella, *estamos obligados a obtener permiso escrito de usted*, o de alguien a quien usted haya dado poder legal para tomar decisiones por usted

## Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

---

- Existen ciertas excepciones en las que no estamos obligados a obtener un permiso por escrito de usted primero. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.
  - Estamos obligados a divulgar información médica a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
  - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar a Medicare su información médica, incluida información acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para fines de investigación u otros, esto se realizará de acuerdo con las leyes y los estatutos federales, normalmente, esto requiere que no se comparta información que le identifique de forma exclusiva.

### **Usted puede ver la información en sus registros y conocer de qué manera fue divulgada a otras personas.**

Usted tiene derecho a ver su historia clínica archivada en el plan y obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a solicitar que agreguemos información o que corriamos su historia clínica. Si nos solicita que hagamos esto, trabajaremos junto con su proveedor de atención médica para decidir si deben realizarse los cambios.

Usted tiene derecho a conocer cómo se divulgó su información médica a otras personas por cualquier motivo que no fuera de rutina.

En caso de tener preguntas o alguna duda con respecto a la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios para Miembros.

### **Aviso de prácticas de privacidad de BCBSAZ Health Choice Pathway**

#### **Su información. Sus derechos. Nuestras 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 puede acceder a esta información. **Revíselo detenidamente.**

#### **Sus derechos**

Tiene derecho a:

- Derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales y proveedores y los derechos y responsabilidades de los afiliados.
- Obtener una copia de sus registros de salud y de reclamos
- Corregir su registro de salud y registro de reclamaciones.
- Solicitar comunicaciones confidenciales

## Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

---

- 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

Puede elegir cómo usamos y divulgamos su información cuando:

- Respondemos consultas de cobertura de su familia o amigos.
- Brindamos asistencia en caso de desastres.

### Nuestros usos y divulgaciones

Podemos usar y compartir (*divulgar*) su información al:

- Ayudar a gestionar el tratamiento médico que recibe.
- Trabajar en nuestra organización.
- Pagar por sus servicios de salud
- Administrar su plan de salud.
- Ayudar con problemas de salud y seguridad pública.
- Investigar
- 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 u otros pedidos gubernamentales
- Responder a demandas y acciones legales

### Sus derechos

**Cuando se trata de su información de salud, tiene ciertos derechos.** En esta Sección de nuestra página web se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Para ejercer cualquiera de estos derechos, llame a Servicios para Miembros al número que figura en su tarjeta de identificación.

**Recibir información sobre la organización,** sus servicios, sus profesionales y proveedores y los derechos y responsabilidades de los afiliados.

### Obtener una copia de sus registros de salud y de reclamos

- Puede pedir ver o recibir una copia de sus registros de salud y registros de reclamaciones y otra información de salud que tengamos sobre usted. Para

## Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

---

preguntarnos cómo hacerlo, llame a los Servicios para Afiliados al número registrado en su tarjeta de identificación.

- Le daremos una copia o un resumen de sus registros de salud y registros de reclamaciones, por lo general dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrarle un importe razonable basado en el costo.

### **Pídanos que corriamos su registro de salud y sus registros de reclamaciones**

- Puede pedirnos que corriamos su registro de salud y sus registros de reclamaciones si piensa que tienen errores o están incompletos. Para preguntarnos cómo hacerlo, llame a los Servicios para Afiliados al número registrado en su tarjeta de identificación.
- Podemos rechazar su solicitud, pero le diremos la razón, por escrito, en un plazo de 60 días.

### **Solicitar comunicaciones confidenciales**

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos el correo a una dirección diferente.
- Tomaremos en consideración todas las solicitudes razonables, y aceptaremos si nos dice que al no hacerlo estará en peligro.

### **Pídanos que limitemos qué información usamos o divulgamos**

- Puede pedirnos que no usemos ni divulguemos determinada información de salud para tratamientos, pagos o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos rechazarla si afecta su atención médica.

### **Reciba una lista de aquellas personas con las que hemos compartido información**

- Puede pedir una lista (llamada una *solicitud de contabilidad*) de las veces que hemos compartido su información de salud, con quién la hemos compartido y por qué lo hicimos, hasta seis años antes de la fecha en que la solicite.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas relacionadas a tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, entre otras divulgaciones determinadas (como cualquiera que nos haya pedido que hagamos). Le daremos una solicitud de contabilidad por año gratis, pero cobraremos un importe razonable basado en costos si pide otro dentro de los mismos 12 meses.

### **Obtener una copia de este aviso de privacidad**

- 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.

## Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

---

### Elegir a alguien para actuar 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 de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomemos cualquier medida.

### Presentar una queja si considera que se violan sus derechos

- Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros en la Oficina de Privacidad de Blue Cross Blue Shield of Arizona/BCBSAZ Health Choice Pathway, 2444 W. Las Palmaritas Dr., Phoenix, AZ 85021; llamando al **1-800-232-2345, ext. 2255 o 602-864-2255, TTY: 711**, de 8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; al llamar al **1-877-696-6775**; o al visitar **[hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html](https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html)**.
- No tomaremos represalias si presenta una queja.

### Sus opciones

Tiene derecho a elegir personas específicas, familia, amigos cercanos u otros, con los que compartiremos determinada información de salud, en situaciones específicas.

Estas son:

1. Personas que estén involucradas en ayudarle a recibir atención médica y pagar servicios, como:
  - a. Un amigo que a veces recoge recetas por usted
  - b. Un familiar cercano que maneja sus facturas médicas
  - c. Un hijo o una hija que va con usted a las consultas médicas
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 de salud 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 suya**. Puede comunicarnos si nos da su permiso o no para compartir esta 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 puede decirnos su preferencia (por ejemplo, si está inconsciente), podemos seguir adelante y 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.*

## Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

---

En los siguientes casos, *nunca* divulgamos su información, a no ser que nos autorice por escrito:

- Fines comerciales
- Venta de su información

### Nuestros usos y divulgaciones

#### ¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información de salud?

Solemos usar y divulgar su información de salud para:

##### **Ayudar a gestionar el tratamiento médico que recibe.**

Podemos usarla y divulgarla con los profesionales que lo tratan.

*Ejemplo: Un médico nos envía información acerca de su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.*

##### **Trabajar en nuestra organización.**

- Podemos usar y divulgar su información para trabajar en nuestra organización y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.
- No nos está permitido usar información genérica para decidir si le daremos cobertura ni para decidir el costo de la cobertura. Esto no aplica a planes de atención médica de larga duración.

*Ejemplo: Usamos su información de salud para desarrollar mejores servicios para usted.*

##### **Pagar por sus servicios de salud**

Podemos usar y divulgar su información de salud 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 de salud al promotor 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 de salud?

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 de acuerdo a la ley antes de poder compartir su información con estos fines. Para obtener más información sobre esto, visite [hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](https://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).



## Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

---

### **Ayudar con problemas de salud y seguridad pública.**

Podemos divulgar su información de salud para ciertos fines determinados de salud pública, como, por ejemplo:

- Prevenir enfermedades.
- Ayudar con el retiro de 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.

### **Investigar**

Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

### **Cumplir con la ley**

Compartiremos su información si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, si quiere ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

### **Responder a una solicitud de donación de órganos o 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.
- Cuando una persona muere, podemos compartir su información de salud con un funcionario forense, médico forense o el director de una funeraria.

### **Pagar la compensación de los trabajadores, cumplir con la ley u otros pedidos gubernamentales**

Podemos usar o compartir su información de salud:

- Para 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.

### **Responder a demandas y acciones legales**

Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa o en respuesta a una citación.

### **Nuestras responsabilidades**

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés).
- Le informaremos de inmediato si hay una violación que comprometa su privacidad o la seguridad de su información.

## Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

---

- 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 autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Déjenos saber por escrito si cambió de opinión.

Para obtener más información sobre esto, visite

[hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](https://hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### **Información sobre la raza, origen étnico, idioma (REaL), orientación sexual/identidad de género (SOGI) y necesidades sociales**

BCBSAZ Health Choice también cuenta con procesos aplicados para ayudar a mantener la confidencialidad de la información sobre su raza/origen étnico, idioma (REaL), orientación sexual, identidad de género (SOGI) y necesidades sociales.

Algunas de estas maneras de procurar la protección de su información incluyen:

- Mantener los documentos en papel en archivadores cerrados con llave
- Procurar que solamente el personal autorizado pueda acceder a su información o a los documentos.
- Exigir que la información electrónica se conserve en medios con protección física.
- Mantener su información electrónica en archivos protegidos con contraseña

Es posible que usemos o revelemos la información de su raza, origen étnico, idioma, orientación sexual/identidad de género y necesidades sociales como parte de nuestras operaciones estándar. Estas actividades pueden incluir:

- Creación de programas de intervención
- Diseño y distribución de materiales de asistencia comunitaria
- Notificación a profesionales de la salud y proveedores acerca de sus necesidades lingüísticas
- Evaluación de desigualdades en la atención médica

Nunca usaremos la información sobre su raza, origen étnico, idioma, orientación sexual/identidad de género y necesidades sociales para determinaciones de cobertura de seguro, definición de tarifas o beneficios, ni revelaremos esta información a personas no autorizadas. También puede optar por no compartir sus datos REaL, SOGI y de necesidades sociales.

### **¿Mi información de salud conductual es privada?**

Existen leyes sobre las personas que pueden ver su información de salud conductual con o sin su autorización. El tratamiento contra el abuso de sustancias y la información sobre enfermedades contagiosas (por ejemplo, información sobre el VIH/SIDA) no se pueden compartir con otras personas sin su permiso por escrito.

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

En ocasiones, con motivo de organizar y pagar su atención, se compartirá su información sin obtener primero su permiso por escrito. Algunos ejemplos de esto podrían incluir compartir información con los siguientes:

- Proveedores y otras agencias que brindan servicios médicos, sociales o de bienestar.
- Su proveedor de atención primaria.
- Ciertas agencias estatales e instituciones educativas que cumplen con la ley, involucradas en su atención y tratamiento, según sea necesario.
- Integrantes del equipo clínico involucrados en su atención.

En otras ocasiones, podrá resultar útil compartir su información de salud conductual con otras agencias estatales, como instituciones educativas. Es posible que se requiera su permiso por escrito antes de compartir su información.

**Cambios a los términos de este aviso**

Entrada en vigencia el 14 de abril de 2013

Podemos cambiar los términos de este aviso en cualquier momento y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. Si lo hacemos, publicaremos un aviso revisado en nuestro sitio web, [azblue.com/hcpathway](http://azblue.com/hcpathway). En nuestro próximo envío anual después de que se hayan realizado los cambios, incluiremos una copia del aviso actualizado o una explicación de los cambios, así como instrucciones sobre cómo puede obtener una copia del aviso actualizado.

Si tiene alguna inquietud o pregunta sobre HIPAA, comuníquese con nosotros al **1-602-864-2255** o **1-800-232-2345, ext. 2255**. También puede enviarnos un correo electrónico a [privacy@azblue.com](mailto:privacy@azblue.com) o enviarnos por fax los documentos de HIPAA al **602-544-5661**.

<b>Sección 1.4</b>	<b>Debemos proporcionarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos</b>
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

Como miembro de BCBSAZ Health Choice Pathway, usted tiene derecho a recibir varios tipos de información de nosotros.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros.

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.

- **Información sobre nuestros proveedores y farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red, y la forma en que nosotros 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 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre por qué algunos servicios no se encuentran cubiertos y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9 encontrará información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de por qué no está cubierto un servicio médico o un medicamento de la Parte D o si su cobertura está restringida. En el Capítulo 9 también encontrará información sobre cómo solicitarnos que modifiquemos una decisión, lo que también se conoce como apelación.

<b>Sección 1.5</b>	<b>Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica</b>
--------------------	------------------------------------------------------------------------------

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

Tiene derecho a obtener información completa por parte de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su 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.** Usted tiene derecho a conocer todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar el costo ni si están cubiertas por nuestro plan. También incluye obtener información sobre programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y a utilizarlos con seguridad.
- **Tiene derecho a conocer los riesgos.** Tiene derecho a conocer los riesgos que presenta su atención. Debe conocer anticipadamente si cualquier atención médica o tratamiento propuesto es parte de una investigación experimental. Siempre tendrá la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.

## Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

---

- **El derecho a decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar el hospital u otro centro médico, aun si el médico le recomienda no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar los medicamentos, deberá aceptar toda la responsabilidad por lo que le pueda suceder a su cuerpo como resultado.

### Tiene derecho a dejar instrucciones sobre qué se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo.

A veces, los pacientes están incapacitados para tomar decisiones sobre su atención médica a causa de un accidente o una enfermedad seria. Usted tiene derecho a decidir qué quiere que suceda si se encuentra en una de estas situaciones. Esto significa que, *si usted lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgar **poder legal a otra persona para que ella tome decisiones médicas por usted** si en algún momento usted queda incapacitado para tomar esas decisiones.
- **Entregar instrucciones escritas a sus médicos** acerca de cómo usted quiere que ellos lleven a cabo su atención médica si usted está incapacitado para tomar esas decisiones.

Los documentos legales que puede usar para dejar instrucciones anticipadas en estas situaciones se denominan **directivas anticipadas**. Existen tipos diferentes de directivas anticipadas y se usan diferentes nombres para cada uno. Los documentos llamados **testamentos en vida** y **poder notarial para atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

### Si desea definir sus instrucciones en una directiva anticipada, deberá:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social o de algunos comercios que venden suministros para oficinas. A veces, puede obtener un formulario de directivas anticipadas de organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para preguntar por los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar de donde obtenga este formulario, recuerde que es un documento legal. Usted debe considerar obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregar copias a las personas correspondientes.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombra en el formulario para que tome las decisiones en su lugar en caso de que usted no pueda. Tal vez desee entregar copias a amigos cercanos o familiares. Conserve una copia en su hogar.

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

Si usted sabe anticipadamente que necesitará estar internado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia con usted al hospital.**

- Le preguntarán si usted ha firmado un formulario de directivas anticipadas y si lo trajo consigo.
- Si usted no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

**Recuerde que es su elección si desea completar una directiva anticipada o no** (incluso si desea firmar una mientras se encuentra en el hospital). De conformidad con las leyes, nadie le puede denegar atención médica ni discriminarlo en función de su decisión de firmar o no una directiva anticipada.

**¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?**

Si usted ha firmado una directiva anticipada y considera que un médico u hospital no siguió sus instrucciones, podrá presentar una queja ante el Departamento de Servicios de Salud de Arizona. Su dirección es 150 N. 18th Ave, Phoenix, AZ 85007. Número de teléfono para información general y pública: **1-602-542-1025** atención de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m., fax **1-602-542-0883**, página web: **www.azdhs.gov**.

<b>Sección 1.6</b>	<b>Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado</b>
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si tiene algún problema, duda o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **estamos obligados a tratarlo justamente.**

<b>Sección 1.7</b>	<b>¿Qué puede hacer si considera que lo están tratando injustamente o que sus derechos no están siendo respetados?</b>
--------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Si se trata de un acto de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles.**

Si usted considera que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados por motivos de raza, discapacidad, creencia religiosa, orientación sexual, estado de salud, grupo étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, deberá llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al teléfono **1-800-368-1019** o por TTY al **1-800-537-7697**, o llamar a su Oficina de Derechos Civiles local.

### ¿Se trata de otro motivo?

Si considera que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, y *no* por discriminación, puede obtener ayuda con su problema:

- Puede llamar a **Servicios para Miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para más detalles, vaya al Capítulo 2, Sección 3.
- O puede **llamar a Medicare** al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 horas al día, 7 días a la semana (TTY **1-877-486-2048**).

<b>Sección 1.8</b>	<b>Cómo obtener más información sobre sus derechos</b>
--------------------	--------------------------------------------------------

Puede obtener más información sobre sus derechos en varios lugares:

- Puede llamar a **Servicios para Miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para más detalles, vaya al Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar la página web de Medicare para leer o descargar la publicación *Sus derechos y protecciones de Medicare*. (Esta publicación está disponible en: [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)).
  - O puede llamar a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 horas al día, 7 días a la semana (TTY **1-877-486-2048**).

<b>Sección 1.9</b>	<b>Tiene derecho a hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.</b>
--------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si desea hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

<b>Sección 1.10</b>	<b>BCBSAZ Health Choice Pathway evalúa las nuevas tecnologías para su inclusión como beneficio cubierto</b>
---------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

BCBSAZ 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 dispositivos y procedimientos médicos nuevos son evaluados por el equipo de administración médica de BCBSAZ Health Choice Pathway para:

## Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

---

- 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.
- Revisar la información de los organismos reguladores gubernamentales apropiados, como la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
- 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 BCBSAZ Health Choice Pathway.

---

### SECCIÓN 2      **Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan**

---

A continuación, se enumeran los pasos que debe seguir como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llámenos al Servicios para Miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Utilice esta *Evidencia de cobertura* para saber lo que está cubierto para usted y las normas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
  - Los capítulos 3 y 4 ofrecen los detalles sobre sus servicios médicos.
  - En los capítulos 5 y 6 encontrará los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o de medicamentos recetados además de nuestro plan, le solicitamos que nos lo informe.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estas prestaciones.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Presente su tarjeta de membresía al plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a que lo ayuden brindándoles información, haciéndoles preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
  - Para recibir la mejor atención, informe a sus médicos y a otros profesionales sanitarios sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que usted y su médico han acordado.



## Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

---

- Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
- Si tiene alguna duda, no deje de preguntar y obtenga una respuesta que pueda conocer.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de manera que ayude a que las actividades en el consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios se desarrollen de manera ordenada.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted puede ser responsable de los siguientes pagos:
  - Debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
  - En caso de que deba pagar el monto extra para la Parte D por tener mayores ingresos (según lo informado en su última declaración de impuestos), usted debe seguir pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicios del plan, nos debe informar** para que podamos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo contactarlo.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

# CAPÍTULO 9:

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

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

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Qué hacer si tiene algún problema o inquietud

En este Capítulo se describen los procesos para tratar problemas e inquietudes. El proceso que se debe utilizar para tratar un problema depende de dos factores:

1. Si su problema está relacionado con los beneficios cubiertos por **Medicare** o **AHCCCS (Medicaid)**. Si desea recibir ayuda para decidir si utilizará el proceso de Medicare, el proceso de AHCCCS (Medicaid) o ambos, comuníquese con Servicios para Miembros.
2. El tipo de problema que usted tiene:
  - Para algunos problemas, usted deberá recurrir al **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
  - Para otros problemas, usted deberá recurrir al **proceso de presentación de quejas**, también llamados agravios.

Estos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene ciertas normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

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

#### Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

En algunas normas, procedimientos y tipos de plazos explicados en este Capítulo, se utilizan términos legales. La mayoría de las personas no conocen estos términos y pueden resultar difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este Capítulo:

- Utiliza palabras más sencillas en lugar de ciertos términos jurídicos. Por ejemplo, en este Capítulo se suele decir presentar una queja en lugar de presentar una reclamación, decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización o determinación de cobertura o determinación de riesgo, y organización de revisión independiente en lugar de Entidad de Revisión Independiente.
- También se utiliza la menor cantidad de abreviaciones posible.

Sin embargo, puede ser útil -y a veces bastante importante- que conozca los términos jurídicos correctos. Saber qué términos utilizar le ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o la información adecuadas a su situación. Para ayudarle a saber cuáles términos utilizar, hemos incluido los términos legales en las definiciones para tratar ciertos tipos de situaciones.

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

---

---

**SECCIÓN 2      Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada**

---

Siempre estamos disponibles para prestarle asistencia. Incluso si tiene alguna queja sobre el trato que le hemos dispensado, estamos obligados a respetar su derecho a reclamar. Por lo tanto, siempre debe dirigirse al servicio de atención al cliente para solicitar ayuda. Pero, en algunas situaciones, también necesitará asistencia o guía de otras organizaciones externas no relacionadas con nosotros. A continuación encontrará dos entidades que pueden ayudarle.

**Programa Estatal de Asistencia con los Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).**

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa le pueden ayudar a decidir qué proceso debe utilizar para tratar cualquier problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, brindar más información y ofrecer asesoramiento sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y los sitios web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

**Medicare**

También puede ponerse en contacto con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- También puede visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)).

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

**Puede obtener asistencia e información de AHCCCS (Medicaid).**

<b>Método</b>	<b>Sistema de Contención de Costos del Cuidado de la Salud de Arizona (AHCCCS) (Medicaid): información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<b>1-855-HEA-PLUS</b> <b>1-855-432-7587</b> Lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. excepto 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 A</b>	AHCCCS 801 E Jefferson Street 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 para el Programa de Defensor del Cliente del Estado de Arizona.**

<b>Método</b>	<b>Defensoría ciudadana para el Programa de Defensor del Cliente del Estado de Arizona: información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<b>1-602-277-7292</b> Abierto de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. excepto los días festivos estatales.
<b>ESCRIBA A</b>	Defensor del Pueblo: asistente del ciudadano 2020 N. Central Ave., Suite 570 Phoenix, AZ 85004
<b>SITIO WEB</b>	<b><u><a href="http://www.azoca.gov">www.azoca.gov</a></u></b>

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

**Puede obtener asistencia e información del Defensor del pueblo de cuidados de larga duración de Arizona**

<b>Método</b>	<b><u>Programa de Defensor del Pueblo del Cuidado a Largo Plazo del Estado de Arizona: información de contacto</u></b>
<b>LLAME AL</b>	<p><b><u>1-602-542-6454</u></b></p> <p><u>Agencia de Área sobre el Envejecimiento, Región Uno, Condado de Maricopa 1-602-264-2255</u></p> <p><u>Consejo del norte de Arizona sobre el Envejecimiento (Northern Arizona Council on Aging), condados de Yavapai, Coconino, Navajo y Apache 1-877-521-3500</u></p> <p><u>Consejo del oeste de Arizona sobre el Envejecimiento (Western Arizona Council on Aging), condados de Mohave, La Paz y Yuma 1-928-217-7114</u></p> <p><u>Consejo de Pinal-Gila para personas mayores, condados de Pinal y Gila 1-520-836-2758</u></p> <p><u>Organización de gobiernos del sureste de Arizona, condados de Cochise, Graham, Greenlee y Santa Cruz, 1-520-432-2528</u></p> <p><u>Agencia de Área sobre el Envejecimiento de Navajo, Nación Navajo 1-602-542-6454 o 1-602-542-6432</u></p> <p><u>21 Naciones Tribales, Consejo Intertribal de Arizona 1-800-591-9370</u></p> <p><u>Abierto de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. excepto los días festivos estatales.</u></p>
<b>ESCRIBA A</b>	<p><u>Oficina del Defensor del Pueblo del Cuidado a Largo Plazo del Estado</u></p> <p><u>División de Envejecimiento y Servicios para adultos mayores</u></p> <p><u>1789 W Jefferson Ave, Mail Drop 6288</u></p> <p><u>Phoenix, AZ 85007</u></p>
<b>SITIO WEB</b>	<p><b><u><a href="https://des.az.gov/services/older-adults/long-term-care-ombudsman">https://des.az.gov/services/older-adults/long-term-care-ombudsman</a></u></b></p>

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

---

**Puede obtener asistencia e información de Livanta**

<b>Método</b>	<b>Livanta, LLC (Organización para el Mejoramiento de la Calidad en Arizona): información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-877-588-1123 El horario de atención al público es de 9 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes, 11:00 a. m. a 3:00 p. m., sábados, domingos y feriados
<b>TTY</b>	1-855-887-6668 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
<b>ESCRIBA A</b>	Livanta, LLC 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
<b>SITIO WEB</b>	<a href="https://www.livantagio.com/en/states/arizona">https://www.livantagio.com/en/states/arizona</a>

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

---

---

**SECCIÓN 3      ¿Qué proceso debe utilizar para tratar sus problemas?**

---

Dado que usted tiene Medicare y recibe asistencia de AHCCCS (Medicaid), cuenta con procesos diferentes que puede utilizar para resolver un problema o una queja. El proceso que utiliza depende de si el problema está relacionado con los beneficios de Medicare o los beneficios de AHCCCS (Medicaid). Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicare, debe utilizar el proceso de Medicare. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por AHCCCS (Medicaid), debe utilizar el proceso de AHCCCS (Medicaid). Si desea recibir ayuda para decidir si utilizará el proceso de Medicare, el proceso de AHCCCS (Medicaid), comuníquese con Servicios para Miembros.

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)?**

Si desea ayuda para decidir si su problema se refiere a las prestaciones de Medicare o a las de AHCCCS (Medicaid), póngase en contacto con el Servicio de Atención al Afiliado.

Mi problema está relacionado con los beneficios de **Medicare**.

Consulte la próxima parte de este Capítulo, **Sección 4, Cómo tratar problemas relacionados con los beneficios de Medicare**.

Mi problema está relacionado con la cobertura de AHCCCS (**Medicaid**).

Pase directamente a la **Sección 12** de este Capítulo, **Cómo tratar problemas relacionados con los beneficios de AHCCCS (Medicaid)**.

---



**PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICARE**

---

**SECCIÓN 4      Cómo tratar problemas relacionados con sus beneficios Medicare**

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>¿Debería usar usted el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? O, ¿debería usar el proceso para presentar quejas?</b>
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si tiene algún problema o duda, solo debe consultar las partes de este Capítulo que se aplican a su situación. La tabla a continuación lo ayudará a identificar la parte correcta de este Capítulo que trate sobre problemas y quejas relacionados con los **beneficios cubiertos por Medicare**.

---

Para saber qué parte de este Capítulo lo ayudará con su problema o duda relacionada con los beneficios de **Medicare**, utilice esta tabla:

**¿Su problema o duda están relacionados con sus beneficios o cobertura?**

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

**Sí.**

Continúe con la próxima Sección de este Capítulo, **la Sección 5, Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones**

**No.**

Pase directamente a la **Sección 11** al final de este Capítulo: “**Cómo presentar una queja por la calidad de atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otros problemas**”.

---

---

## **SECCIÓN 5 Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones**

---

<b>Sección 5.1</b>	<b>Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: generalidades</b>
--------------------	------------------------------------------------------------------------------------------

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se ocupan de los problemas relacionados con sus prestaciones y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a los artículos y servicios médicos y a los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza el proceso de decisión de cobertura y de apelación para cuestiones como si algo está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

### **Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre la suma que pagaremos por sus servicios médicos. Por ejemplo, si su médico de la red del plan le remite a un especialista médico que no pertenece a la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico o que la *Evidencia de cobertura* deje claro que el servicio remitido no está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de que cubriremos un servicio médico en particular o si se niega a proporcionarle la atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si necesita saber si cubrimos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitar una decisión de cobertura para su caso. 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 explicándole por qué se ha desestimado y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos por usted qué servicios están cubiertos para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que Medicare ya no la cubre 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 y usted no está satisfecho, ya sea antes o después de recibir un beneficio, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una forma

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

---

formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En determinadas circunstancias, de las que hablaremos más adelante, puede solicitar una **apelación acelerada o 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 comprobar si seguíamos correctamente las normas. Una vez que completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas se desestimará una solicitud de Apelación 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 Nivel 1, le enviaremos un aviso explicándole por qué se ha desestimado y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos total o parcialmente su apelación de Nivel 1 por atención médica, su apelación pasará automáticamente al Nivel 2, realizado por una organización de revisión independiente ajena a nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación por atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** de este Capítulo para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2 de los servicios médicos.
- Las apelaciones de la Parte D se tratan con más detalle en la Sección 7 de este Capítulo.

Si usted no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar a través de niveles adicionales de apelación (en la Sección 10 de este Capítulo se explican los procesos de apelación de los niveles 3, 4 y 5).

<b>Sección 5.2</b>	<b>Cómo obtener asistencia cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación</b>
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

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

- Puede llamarnos a **Servicios para Miembros**.

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

---

- Usted **puede obtener asistencia gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico.
- **Nuestro médico puede presentar una solicitud en su nombre.** Si su médico le ayuda en una apelación más allá del Nivel 2, tendrá que ser designado como su representante. Llame al Servicio para Miembros y solicite el formulario de *Nombramiento de Representante*. (El formulario también está disponible en la página web de Medicare [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestra página web [azblue.com/hcpathway](http://azblue.com/hcpathway)).
  - Para la atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o 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 recetados de la Parte D, su médico u otra persona que le da sus recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es denegada, su médico o la persona que le da sus recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a otra persona que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su **representante** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame al Servicio para Miembros y solicite el formulario de *Nombramiento de Representante*. (El formulario también está disponible en la página web de Medicare [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestra página web [azblue.com/hcpathway](http://azblue.com/hcpathway)). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que actuará en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
  - Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos iniciar o completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será desestimada. En caso de que esto suceda, le enviaremos un aviso por escrito en el que se expliquen sus derechos para solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede contratar a su propio abogado o pedir el nombre de un abogado en la asociación de abogados local u otro servicio de referencias. También existen grupos que ofrecen servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **usted no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

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

### Sección 5.3 ¿En qué parte de este Capítulo se brindan detalles para su situación?

Existen cuatro diferentes de situaciones que involucran apelaciones y decisiones de cobertura. Dado que cada situación tiene normas y plazos diferentes, le damos los detalles de cada una en una Sección diferente:

- **Sección 6** de este Capítulo: Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** de este Capítulo: Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8** de este Capítulo: Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en hospital más prolongada si considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto.
- **Sección 9** de este Capítulo: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto ( *Se aplica solo a los siguientes servicios:* servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF).

Si aún no está seguro de qué Sección debe consultar, comuníquese con Servicios para Miembros. También puede pedir asistencia o información de organizaciones gubernamentales como el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico.

## SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

### Sección 6.1 En esta Sección se describen los pasos a seguir si tiene algún problema para obtener la cobertura de atención médica o si usted desea solicitar un reembolso por su atención médica

En esta Sección, se describen sus beneficios por atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)* En algunos casos, se aplican normas diferentes a la solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos recetados de la Parte B de las normas para los suministros y servicios médicos.

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

En esta Sección se explica qué puede hacer usted si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. Usted no recibe la atención médica que desea y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.2**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea proporcionarle y usted considera que esta atención está cubierta por el plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.2**
3. Ha recibido atención médica que considera deben estar cubierta por el plan, pero le hemos informado que no pagaremos por esta atención. **Presentar una apelación. Sección 6.3**
4. Ha recibido y pagado por atención médica que considera que deben estar cubierta por el plan y desea solicitar a nuestro plan el reembolso por esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5**
5. Le han informado que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo, y que nosotros hemos aprobado previamente, será reducida o cancelada y considera que eso podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. Sección 6.3**

**Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es por cuidado hospitalario, atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF), usted deberá consultar las secciones 7 y 8 de este Capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de cuidados.**

<b>Sección 6.2</b>	<b>Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura.</b>
--------------------	---------------------------------------------------------------

<b>Términos legales</b>
<p>Cuando una decisión de cobertura afecta su atención médica, se llama <b>determinación de organización</b>.</p> <p>Una decisión de cobertura rápida se denomina <b>determinación acelerada</b>.</p>

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

**Una decisión de cobertura estándar suele tomarse en un plazo de 14 días o de 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. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:**

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

---

- *Sólo puede solicitar* la cobertura de artículos y/o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si, con la aplicación de los plazos estándar, *tanto su salud como su capacidad de funcionar pueden resultar perjudicadas*.
- **Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente acordaremos otorgarle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si usted mismo solicita una decisión de cobertura rápida, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que le otorguemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
  - Explica que utilizaremos los plazos estándar
  - Explica que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le concederemos una decisión de cobertura rápida.
  - Le explica cómo puede presentar una “queja rápida” por nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

### **Paso 2: pida a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o 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: Consideramos su solicitud por cobertura de atención médica y le informamos nuestra respuesta.**

#### ***Para las decisiones de cobertura estándar utilizamos los plazos estándar.***

**Esto significa que le comunicaremos una respuesta dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud **por un suministro o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.

- **Sin embargo**, si usted solicita una extensión del plazo o si nosotros necesitamos más información que le puede beneficiar, **podemos extender el plazo por 14 días calendario más** en caso de que su solicitud sea por un suministro o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

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

---

- Si usted considera que *no* debemos extender el plazo, 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 decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 de este Capítulo para obtener más información).

### ***Para tomar decisiones rápidas sobre la cobertura utilizamos un calendario acelerado.***

**Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un suministro o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud.**

- **Sin embargo**, si usted solicita una extensión del plazo o si nosotros necesitamos más información que le puede beneficiar, **podemos extender el plazo por 14 días calendario más**. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si usted considera que no debemos extender el plazo, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 11 de este Capítulo para obtener información sobre las reclamaciones.) Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa.

**Paso 4: si nuestra respuesta a su solicitud de cobertura por atención médica es negativa, usted 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 preguntar para obtener la cobertura de atención médica que desea. Si decide presentar una apelación, eso significa que usted ingresará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

<b>Sección 6.3</b>	<b>Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1</b>
--------------------	-------------------------------------------------------------

<b>Términos legales</b>
-------------------------

Una apelación presentada ante el plan por una decisión de cobertura de atención médica se llama <b>reconsideración</b> .
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Una apelación rápida también se denomina <b>reconsideración acelerada</b> .
-----------------------------------------------------------------------------



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

---

### **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 7 días naturales para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida se realiza generalmente en un plazo de 72 horas.**

- Si presenta una apelación por una decisión que tomamos con respecto a una cobertura de atención que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una apelación rápida, le otorgaremos una apelación rápida.
- 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 por teléfono. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita un recurso rápido, hágalo por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Usted debe presentar la apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha que consta en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la 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. Entre los ejemplos de justificaciones, se pueden incluir: si usted tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le entregamos 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: Consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.**

- Cuando revisamos su apelación, examinamos detenidamente toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente poniéndonos en contacto con usted o con su médico.

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

---

### **Plazos para una apelación rápida.**

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta en un **plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud así lo requiere.
  - Si usted solicita una extensión del plazo o si nosotros necesitamos más información que le puede beneficiar, **podemos extender el plazo por 14 días calendario más** en caso de que su solicitud sea por un suministro o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
  - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final de la extensión del plazo si tomamos días adicionales), estamos obligados a trasladar su solicitud en forma automática al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será sometida a revisión por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y remitiremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

### **Plazos para una apelación estándar**

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta en un **plazo de 30 días calendario** después de recibir la apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que usted aún no ha recibido, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.
  - **Sin embargo**, si usted solicita una extensión del plazo o si nosotros necesitamos más información que le puede beneficiar, **podemos extender el plazo por 14 días calendario más** en caso de que su solicitud sea por un suministro o servicio médico. Si tardamos más días, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
  - Si usted considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 11 de este Capítulo para obtener más información).

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

- Si no le damos una respuesta en el plazo establecido (o al final del plazo ampliado), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o a la totalidad de su solicitud,** debemos autorizar o proveer la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para suministro o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

**Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación, la enviaremos automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.**

<b>Sección 6.4</b>	<b>Paso a paso: Cómo se presenta una Apelación de Nivel 2</b>
--------------------	---------------------------------------------------------------

<b>Términos legales</b>
-------------------------

El nombre formal de la organización de revisión independiente es <b>Entidad de Revisión Independiente</b> . A veces se denomina <b>IRE</b> .
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** No está relacionada con nosotros y no 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.**

- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su expediente del **caso**. **Usted tiene derecho a solicitar una copia de su expediente del 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 analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

***Si usted presentó una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación “rápida” en el Nivel 2.***

- Para la apelación rápida, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 72 horas** a partir de la recepción de su apelación.

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

---

- Si su solicitud se refiere a un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días naturales más**. La organización de revisión independiente más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

### ***Si usted presentó una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.***

- En el caso de la apelación estándar, si su solicitud se refiere a un artículo o servicio médico, la organización revisora deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 30 días** naturales a partir de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud se refiere a un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días naturales más**. La organización de revisión independiente más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

### **Paso 2: La organización de revisión independiente le informa su respuesta.**

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito junto con las razones que la justifican.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica en un **plazo de 72 horas** o prestar el servicio en un **plazo de 14 días** naturales a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar** o prestar el servicio **en un plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que el plan reciba la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare **en un plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar** o **en un plazo de 24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes aceleradas**.

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

---

- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es total o parcialmente negativa**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (A esto se le llama **mantener la decisión** o **rechazar su apelación**.) En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
  - Explicando la decisión.
  - Notificándole el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que solicita alcanza un determinado mínimo. 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 un recurso de Nivel 3.

### **Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea continuar con su apelación.**

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibe tras su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de derecho administrativo o mediador independiente. En la Sección 10 de este Capítulo se explican los procesos de apelación de los niveles 3, 4 y 5.

<b>Sección 6.5</b>	<b>¿Qué sucede si usted nos solicita que le reembolsemos una factura que usted ha recibido por atención médica?</b>
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Si usted ya ha pagado un servicio o suministro AHCCCS cubierto por el plan**, puede solicitarle a nuestro plan que le reembolse el dinero (por lo general, el pagarle el dinero a usted se denomina **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. Cuando nos envíe una factura que ya haya pagado, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le reembolsaremos por el costo de los servicios o medicamentos.

### **Solicitar un reembolso significa que nos está solicitando una decisión de cobertura.**

Si nos envía la documentación solicitando el reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que ha

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

---

pagado es un servicio cubierto. También verificaremos si usted cumplió con todas las normas para utilizar su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** si la atención médica está cubierta y usted ha seguido todas las normas, le enviaremos el pago del costo normalmente en un plazo de 30 días naturales, pero no más tarde de 60 días naturales después de recibir su solicitud. Si aún no ha pagado por el servicio, enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** si la atención médica **no** está cubierta o si usted *no* cumplió con todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le diremos que no pagaremos la atención médica y los motivos.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **usted podrá presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

**Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones descrito en la Sección 6.3.** Para los recursos relativos al reembolso, tenga en cuenta:

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibir la apelación. Si solicita un reembolso por atención médica que usted mismo ya ha recibido y pagado por usted, no podrá 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 afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que ha solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

---

## SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

---

<b>Sección 7.1</b>	<b>Esta Sección le indica qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el pago de un medicamento de la Parte D</b>
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sus beneficios incluyen cobertura para varios medicamentos recetados. Para que esté cubierto, el medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación

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

médicamente aceptada). Para más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, normas, restricciones y costos, consulte los capítulos 5 y 6. **Esta Sección se refiere únicamente a sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente usamos el término *medicamento* en el resto de esta Sección, en lugar de repetir medicamento *recetado cubierto para pacientes ambulatorios* o *Medicamento de la Parte D*. También utilizamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le comunica que su receta médica no puede surtirse tal como se indica, la farmacia le proporcionará un aviso por escrito, detallando como comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

### Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

#### Términos legales

Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Parte D se denomina **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre la suma que pagaremos por sus medicamentos recetados. En esta Sección se explica qué puede hacer usted si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Solicitar cobertura para un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicite una excepción. Sección 7.2**
- Usted nos solicita que no apliquemos a una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como por ejemplo, límites para la cantidad del medicamento que usted puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 7.2**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- Pagar por un medicamento recetado que ya compró. **Solicite que le rembolsemos el dinero. Sección 7.4**

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

Esta Sección explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación.

**Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?****Términos legales**

Solicitar cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos a veces se denomina solicitar una **excepción de formulario**.

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento se denomina a veces solicitar una **excepción al formulario**.

Pedir pagar un precio más bajo por un medicamento cubierto no preferente se denomina a veces pedir una **excepción de Nivel**.

Si un medicamento no está cubierto como usted quisiera, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otra persona que le da sus recetas tendrá que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. A continuación detallamos dos ejemplos de excepciones que usted o su médico u otra persona que le da sus recetas pueden solicitarnos:

- 1. Cobertura de un medicamento de la Parte D para usted que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos.** No puede solicitar una excepción al importe de los costos compartidos que le exigimos que pague por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos de nuestra Lista de medicamentos.

**Sección 7.3 Puntos importantes para tener en cuenta al solicitar excepciones****Su médico debe especificar las razones médicas**

Su médico u otra persona que le da sus recetas deben entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión rápida, incluya esta información médica de su médico o de otra persona que le da sus recetas cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una condición en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos **alternativos**. En caso de que un medicamento alternativo pueda tener la misma eficacia que el medicamento que usted solicita y no cause más efectos secundarios ni otros problemas de salud, generalmente, *no* aprobaremos la solicitud de excepción.



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

### Podemos responder afirmativa o negativamente a su solicitud.

- Si aprobamos su solicitud para una excepción, por lo general, nuestra aprobación es válida hasta el final del año del plan. Esto es válido siempre que su médico le continúe recetando el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su condición.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión de nuestra decisión presentando un recurso.

<b>Sección 7.4</b>	<b>Paso a paso: Cómo debe solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.</b>
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Términos legales</b>
-------------------------

Una decisión de cobertura rápida se denomina <b>determinación de cobertura acelerada</b> .
--------------------------------------------------------------------------------------------

### **Paso 1: decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.**

**Las decisiones de cobertura estándar** se toman en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la declaración de su médico. **Las decisiones de cobertura rápida** se toman en un plazo de **24 horas** después de que recibamos la declaración de su médico.

***Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:***

- Debe estar pidiendo un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida por 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 otra persona que le da sus recetas nos informa que su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si usted mismo solicita una decisión de cobertura rápida, sin el respaldo de su médico o de la persona que le da sus recetas, decidiremos si su estado de salud requiere que le otorguemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
  - Explica que utilizaremos los plazos estándar.

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

---

- Explica que, si su médico u otra persona que le da sus recetas solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le concederemos una decisión de cobertura rápida.
- Le explica cómo puede presentar una queja rápida por nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en las 24 horas siguientes a su recepción.

### **Paso 2: decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.**

Comience por llamar, enviar una carta o un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o que le brindemos la cobertura por la atención médica que usted desea. Usted también puede acceder al proceso para decisiones de cobertura mediante nuestra página web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluidas las solicitudes presentadas en el *Formulario de Solicitud para la Determinación de Cobertura CMS*, el cual está disponible en nuestra página web:

**azblue.com/hcpathway**. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique la reclamación denegada que está apelando.

Esto lo puede hacer usted, su médico ( o persona que le da sus 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, presente la declaración de apoyo**, que son las razones médicas de la excepción. Su médico u otra persona que le da sus recetas pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Como alternativa, su médico u otra persona que le da sus recetas nos puede comunicar las razones por teléfono y luego enviar la declaración escrita por fax o correo, de ser necesario.

### **Paso 3: Consideramos su pedido y le comunicamos nuestra respuesta.**

#### ***Plazos para una decisión de cobertura rápida***

- Por lo general, debemos darle una respuesta en un **plazo de 24 horas** a partir de la recepción de su solicitud.
  - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas tras recibir la declaración justificativa de su médico. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud así lo requiere.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.

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

---

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, debemos proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo proceder con la apelación.

### ***Plazos para una decisión de cobertura estándar con respecto a un medicamento que usted todavía no ha recibido.***

- Por lo general, debemos darle una respuesta en un **plazo de 72 horas** a partir de la recepción de su solicitud.
  - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas tras recibir la declaración justificativa de su médico. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud así lo requiere.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, debemos **proveer la cobertura** que hemos acordado proveer **dentro de las 72 horas** de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo proceder con la apelación.

### ***Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado***

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, también estamos obligados a pagarle a usted dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo proceder con la apelación.

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

### **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 preguntar para obtener el medicamento recetado que desea. Si decide presentar una apelación, eso significa que usted ingresará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

### **Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1**

#### **Términos legales**

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina **redeterminación** del plan.

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

### **Paso 1: decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.**

***Un recurso estándar suele presentarse en un plazo de 7 días naturales. 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 hemos tomado sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que le recete medicamentos deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que corresponden para obtener una decisión de cobertura rápida detallados en la Sección 6.4 de este Capítulo.

**Paso 2: usted, su representante, médico u otra persona que le da sus recetas deben ponerse en contacto con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1.** Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, solicite una apelación **rápida**.

- **Para las apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al 1-800-656-8991 (TTY 711) de 8 a. m. a 8 p. m, los siete días de la semana.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud presentada en el *formulario modelo de solicitud de redeterminación de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web [azblue.com/hcpathway](http://azblue.com/hcpathway). Por favor, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información relativa a su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.

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

---

- **Usted debe presentar la apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha que consta en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la 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. Entre los ejemplos de justificaciones, se pueden incluir: si usted tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le entregamos 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: Consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.**

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a revisar detalladamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es probable que nos comuniquemos con usted o con su médico u otra persona que le da sus recetas para obtener más información.

### ***Plazos para una apelación rápida.***

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta en un **plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación.** Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud así lo requiere.
  - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** debemos proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

### ***Plazos para una apelación estándar para un medicamento que aún no ha recibido***

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta en un **plazo de 7 días** calendario después de recibir la apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud lo requiere.
  - Si no le damos una decisión en un plazo de 7 días naturales, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde

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

---

será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos proporcionarle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más tarde de **7 días** naturales después de recibir su apelación. **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

### ***Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado***

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, también estamos obligados a pagarle a usted dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo proceder con la apelación.

### **Paso 4: Si contestamos negativamente a su apelación, usted decidirá si desea continuar 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.

<b>Sección 7.6</b>	<b>Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2</b>
--------------------	-------------------------------------------------------------

<b>Términos legales</b>
-------------------------

El nombre formal de la organización de revisión independiente es <b>Entidad de Revisión Independiente</b> . A veces se denomina <b>IRE</b> .
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que hemos tomado es correcta o si hay que cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

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

---

**Paso 1: usted (o su representante o su médico u otra persona que le da sus recetas) debe ponerse en contacto con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.**

- Si contestamos negativamente a su apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, los plazos que se establecen y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de **riesgo** según nuestro programa de gestión de medicamentos, remitiremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su expediente del **caso**. **Usted tiene derecho a solicitar una copia de su expediente del caso.**
- Usted 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 analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

### ***Plazos para una apelación rápida***

- Si su salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización acepta concederle una apelación rápida, deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 72 horas** a partir de la recepción de su solicitud de apelación.

### ***Plazos para una apelación estándar***

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 7 días** naturales a partir de la recepción de su apelación si ésta se refiere a un medicamento que aún no ha recibido. Si usted solicita el reembolso de un medicamento que ya ha comprado, la organización de revisión deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

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

---

### **Paso 3: La organización de revisión independiente le informa su respuesta.**

- ***Para una apelación rápida:***
  - **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa para una parte o toda su solicitud**, debemos proveer la cobertura de medicamentos aprobada por la organización de revisión **dentro las 24 horas** de haber recibido nosotros la decisión de la organización de revisión.
- ***Para apelaciones estándar:***
  - **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **proporcionarle la cobertura de medicamentos** aprobada por la organización de revisión en un **plazo de 72 horas** a partir de la recepción de la decisión de la organización de revisión.
  - **Si la organización de revisión independiente dice que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud de reembolso** de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en un plazo de 30 días naturales** después de recibir la decisión de la organización de revisión

### **¿Qué sucede si la organización de revisión responde negativamente a su apelación?**

**Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su solicitud**, 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:

- Explicando la decisión.
- Notificándole el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares del medicamento recetado que solicita alcanza un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita es muy bajo, usted no puede presentar otra apelación y la decisión tomada en el Nivel 2 será definitiva.
- Indicarle el valor en dólares que debe estar en litigio para continuar con el proceso de apelación.

### **Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea continuar con su apelación.**

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones).
- 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.



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

---

- La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de derecho administrativo o mediador independiente. La Sección 10 de este Capítulo habla más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

---

### SECCIÓN 8      **Cómo pedirnos que cubramos una estancia hospitalaria más larga si cree que le dan el alta demasiado pronto**

---

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho de recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

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

- El día que usted se retira del hospital se denomina la **fecha de alta**.
- Cuando se decida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la comunicarán.
- Si considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una internación en el hospital más prolongada y su solicitud será considerada.

<b>Sección 8.1      Durante su internación en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le informan sus derechos</b>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En los dos días naturales siguientes a su ingreso en el hospital, se le entregará un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros o al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY **1-877-486-2048**).

#### **1. Lea este aviso cuidadosamente y haga preguntas si no lo comprende.** Le dice:

- Su derecho de recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo indicado por 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.

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

---

- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si cree que le están dando el alta demasiado pronto. Se trata de una manera formal y legal de solicitar un aplazamiento de la fecha de alta para que cubramos sus cuidados hospitalarios durante más tiempo.
- 2. Debe firmar el aviso escrito como acuse de recibo y demostrar que comprende sus derechos.**
- Usted u otra persona que actúe en su nombre debe firmar el aviso.
  - Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. La notificación no indica su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que usted está de acuerdo con una fecha de alta.
- 3. Conserve su copia** del aviso para tener la información a la mano, en caso de necesitarla, sobre cómo presentar una apelación (o informar sobre alguna inquietud por la calidad de atención).
- Si firma el aviso más de dos días naturales antes de la fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha prevista para el alta.
  - Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar a Servicios para Miembros o llame al **1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. También puede consultar el aviso en línea en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices).

<b>Sección 8.2</b>	<b>Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital</b>
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si desea solicitar que extendamos el plazo de cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados, deberá recurrir al 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.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o precisa ayuda, llámenos al Servicios para Miembros. O comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

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

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

---

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales sanitarios pagados por el gobierno federal para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención a las personas con Medicare. Esto incluye analizar las fechas de alta del hospital de los beneficiarios de Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

**Paso 1:** **Contacte a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Usted debe actuar rápidamente.**

### ***¿Cómo puede comunicarse con esta organización?***

- El aviso escrito que usted recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le informa cómo puede comunicarse con esta organización. O para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado consulte el Capítulo 2.

### ***Actúe rápidamente:***

- Para presentar la apelación, usted debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de abandonar el hospital y **a más tardar a la medianoche del mismo día en que lo den de alta.**
  - **Si cumple este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por la estadía mientras espera la decisión* por parte de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
  - **Si no cumple con este plazo** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, *deberá pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta programada.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la Mejora de la Calidad se pondrá en contacto con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente al que se haya puesto en contacto con nosotros le entregaremos una **Notificación detallada 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 una muestra del Aviso detallado de alta llamando al Servicio para Miembros o al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 horas al día, 7 días a la semana. (Los usuarios de teletipo deben llamar al **1-877-486-2048**.) O puede ver un ejemplo de notificación en línea en **[www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices)**.

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

---

### **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 es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, consultarán a su médico y analizarán la información proporcionada por nosotros y por el hospital.
- Antes del mediodía del día siguiente al que los revisores nos informaron de su apelación, recibirá una notificación por escrito en la que se le indicará la fecha prevista del alta. En este aviso también explica 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 del día completo después de haber recibido toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le informará la respuesta a su apelación.**

#### ***¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?***

- Si la respuesta de la organización de revisión es *afirmativa*, **debemos continuar cubriendo sus servicios hospitalarios para pacientes internados por el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones para sus servicios hospitalarios cubiertos.

#### ***¿Qué sucede si la respuesta es negativa?***

- Si la respuesta de la organización de revisión es *negativa*, significa que su fecha de alta programada es médicamente apropiada. Si este es su caso, **nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará el mediodía de la fecha *después* de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le informe la respuesta de su apelación.**
- Si la respuesta de la organización de revisión a su apelación es *negativa* y usted decide permanecer internado en el hospital, **usted deberá pagar el costo total de la atención hospitalaria que usted recibe a partir del mediodía del día después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le informe la respuesta a su apelación.**

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

---

### **Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.**

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha dicho que *no* y usted continúa internado en el hospital después de la fecha de alta programada, podrá presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasa al **Nivel 2** del proceso de apelación.

<b>Sección 8.3</b>	<b>Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital</b>
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

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, deberá pagar el costo total de su hospitalización posterior a la fecha de alta programada.

### **Paso 1: Debe contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicitar otra revisión.**

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad contestó *negativamente* a su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si usted permaneció en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de atención médica.

### **Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad efectúa una segunda revisión de su caso.**

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

### **Paso 3: Dentro de los 14 días naturales a partir de la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.**

#### ***Si la respuesta de la organización de revisión es afirmativa:***

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de atención hospitalaria que usted recibió a partir del mediodía del día posterior 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 para pacientes internados, siempre que sea médicamente necesario.**

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

---

- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos, y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

### ***Si la respuesta de la organización de revisión es negativa:***

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

### **Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si continuará su apelación pasando al Nivel 3.**

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). 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 mediador independiente. 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 sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto.**

---

<b>Sección 9.1</b>	<b><i>En esta Sección, se describen tres servicios solamente: servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF).</i></b>
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Cuando esté recibiendo servicios cubiertos de **atención sanitaria a domicilio, cuidados de enfermería especializada o cuidados de rehabilitación (centro integral de rehabilitación ambulatoria)**, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios correspondientes a ese tipo de atención durante todo el tiempo que ésta sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de finalizar la cobertura para cualquiera de los tres tipos de atención que usted recibe, debemos informarle con anticipación. Cuando finalice su cobertura por esa atención, *dejaremos de pagar por su atención.*

Si considera que estamos terminando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** En esta Sección, se explica cómo solicitar una apelación.

**Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 9.2 Le informaremos con anticipación cuándo termina su cobertura****Términos legales**

**Aviso de no cobertura de Medicare.** Explica cómo debe proceder para solicitar una **apelación rápida**. Solicitar una apelación por vía rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo interrumpir su atención.

- 1. Recibirá un aviso por escrito** al menos dos días naturales antes de que nuestro plan vaya a dejar de cubrir sus cuidados. El aviso le informa:
  - La fecha en la que finalizaremos la cobertura de su atención.
  - Cómo solicitar una apelación por vía rápida para pedirnos que sigamos cubriendo sus cuidados durante más tiempo.
- 2. Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme la notificación escrita para demostrar que la ha recibido.** Firmar el aviso *solo* de muestra que usted ha recibido la información sobre la finalización de su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de interrumpir la atención.

**Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo.**

Si desea solicitarnos que prolonguemos la cobertura de su atención, deberá recurrir al proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o precisa ayuda, llámenos al Servicios para Miembros. O comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

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

**Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una apelación rápida. Usted debe actuar rápidamente.**

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

---

### ¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo ponerse en contacto con esta organización. O para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado consulte el Capítulo 2).

### Actúe rápidamente:

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha** de vigencia establecida en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si usted no cumple el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede tener todavía derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

**Paso 2:** La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Términos legales
<b>Explicación detallada de no cobertura</b> Aviso en el que se detallan los motivos de finalización de 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 es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, consultará con su médico y analizará la información que nuestro plan le ha entregado.
- Antes de que finalice el día en que los revisores nos comuniquen su apelación, recibirá de nuestra parte la **Explicación detallada de no cobertura**, en la que se explican detalladamente los motivos por los que hemos puesto fin a la cobertura de sus servicios.

**Paso 3:** Dentro de un día completo después de haber recibido toda la información que requieren, los revisores le informarán su decisión.

### ¿Qué sucede si los revisores contestan afirmativamente?

- Si los revisores contestan *afirmativamente* a su apelación, **debemos continuar la provisión de sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.**



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

---

- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Puede haber limitaciones para sus servicios hospitalarios cubiertos.

### ¿Qué sucede si los revisores contestan negativamente?

- Si los revisores contestan *negativamente*, **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos informado.**
- Si usted decide continuar recibiendo atención médica domiciliaria o atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** por esta atención.

### **Paso 4:** Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores contestan *negativamente* a su apelación de Nivel 1, y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención, usted podrá presentar una apelación de Nivel 2.

<b>Sección 9.4</b>	<b>Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo</b>
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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 los servicios de atención sanitaria a domicilio, o en un centro de enfermería especializada, o en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura.

### **Paso 1:** Debe contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicitar otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad contestó *negativamente* a su apelación de Nivel 1. Sólo podrá solicitar esta revisión si siguió recibiendo la atención después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

### **Paso 2:** La Organización para el Mejoramiento de la Calidad efectúa una segunda revisión de su caso.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

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

---

**Paso 3: En un plazo de 14 días naturales a partir de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.**

### ***¿Qué sucede si la respuesta de la organización de revisión es afirmativa?***

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** de atención médica durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones a la cobertura.

### ***¿Qué sucede si la organización de revisión contesta negativamente?***

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión. El aviso le informará sobre los detalles de cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que será analizado por un Juez de derecho administrativo o un mediador independiente.

**Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar el proceso de apelaciones.**

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, lo que suma 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 mediador independiente. La Sección 10 de este Capítulo habla más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

---

**SECCIÓN 10      Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a otros niveles más avanzados**

---

<b>Sección 10.1      Apelación de niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de servicio médico</b>
--------------------------------------------------------------------------------------------

Esta Sección puede aplicar para su caso si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del suministro o servicio médico que apeló alcanza ciertos niveles mínimos, podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. La respuesta escrita que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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

<b>Apelación de Nivel 3      Un Juez de derecho administrativo o un mediador independiente que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le informará su respuesta.</b>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- **Si la respuesta del Juez de derecho administrativo o del mediador independiente con respecto a su apelación es positiva, el proceso de apelaciones *puede o no haber finalizado*.** 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 apelar, pasaremos a una apelación de Nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Juez de derecho administrativo o del mediador independiente.
  - 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 la respuesta del Juez de derecho administrativo o del mediador independiente con respecto a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *puede o no haber finalizado*.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.

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

---

- Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente Nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará lo que debe hacer para una apelación de Nivel 4.

**Apelación de Nivel 4:** el Consejo de **Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le informará su respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelación puede o no haber terminado.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que le sea favorable. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo de Apelaciones rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su recurso, la notificación que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a un recurso de Nivel 5 y cómo continuar con un recurso de Nivel 5.

**Apelación de Nivel 5** Un juez de la **Corte de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *sí* o *no* a su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

### Sección 10.2 **Apelación de niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D**

Esta Sección puede aplicar para su caso si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas han sido rechazadas.

Si el valor de los medicamentos que usted apeló alcanza un cierto monto en dólares, usted podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el monto en dólares es menor, no podrá continuar apelando. La respuesta escrita que reciba a su apelación de Nivel 2 le

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

---

explicará con quién debe ponerse en contacto y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

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

**Apelación de Nivel 3** Un Juez de derecho administrativo o un mediador independiente que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le informará su respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento que haya sido aprobada por el Juez de derecho administrativo o el mediador independiente **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como máximo 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente Nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará lo que debe hacer para una apelación de Nivel 4.

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

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento que haya sido aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como máximo 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o su solicitud de revisión, el aviso le indicará si las normas le permiten pasar a un recurso

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

de Nivel 5. El aviso por escrito también le informará a quién debe contactar y cuál es el siguiente paso si decide continuar con la apelación.

**Apelación de Nivel 5** Un juez de la **Corte de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *sí* o *no* a su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

## SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja por la calidad de atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otros problemas

### Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan por el proceso de quejas?

El procedimiento para quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de atención, los tiempos de espera y la atención 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 conforme con la calidad de la atención que ha recibido? (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 el plan?</li> </ul>

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

Queja	Ejemplo
<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 del 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 recetados.</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>
<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>Puntualidad</b> (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).	<p>Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que no respondemos lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. A modo de ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nos ha pedido una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i>, y le hemos dicho que no; puede presentar una queja.</li> <li>• Si cree que no cumplimos los plazos de las decisiones de cobertura o de las apelaciones, puede presentar una queja.</li> <li>• Si cree que no cumplimos los plazos para cubrirle o reembolsarle determinados artículos o servicios médicos o medicamentos que le fueron aprobados, puede presentar una reclamación.</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>

**Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 11.2      Cómo presentar una queja****Términos legales**

- Una **queja** también se denomina como **reclamo**.
- **Presentar una queja** también se denomina como **presentar un reclamo**.
- **Usar el proceso para presentar una queja es usar el proceso para presentar un reclamo**.
- Una **queja rápida** también se denomina como **reclamo rápido**.

**Sección 11.3      Paso a paso: Presentar una queja****Paso 1: Contáctenos inmediatamente (por teléfono o por escrito).**

- **Generalmente, llamar a Servicios para Miembros es el primer paso.** Si hay algo más que usted necesite hacer, Servicios para Miembros se lo informará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no recibió una respuesta satisfactoria), puede presentar su queja por escrito y enviarla a nuestras oficinas.** Si expresa su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
  - En la queja, incluya la fecha en que ocurrió el incidente y una descripción detallada del evento o incidente. Envíe su queja por correo a BCBSAZ Health Choice Pathway, Attn: Quality Management, P.O. 52033 Phoenix, AZ 85072 en un plazo de 60 días naturales a partir del suceso o incidente. El reclamo/queja se investigará e indagará a fondo dentro del departamento de Gestión de Calidad de BCBSAZ Health Choice Pathway.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días naturales a partir del momento en que tuvo el problema del que quiere quejarse.

**Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.**

- **De ser posible, le daremos una respuesta inmediatamente.** Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante la misma llamada.
- **La mayoría de las quejas reciben respuesta en 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es en beneficio suyo o si usted solicita una extensión, podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito.



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

---

- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o apelación rápida, automáticamente le daremos una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta en 24 horas**
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad del problema por el que se queja, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le demos.

<b>Sección 11.4</b>	<b>También puede presentar quejas relacionadas con la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad</b>
---------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Cuando su queja sea por la *calidad de la atención*, usted tiene dos opciones adicionales:

- **Usted puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** La Organización para el Mejoramiento de la Calidad está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales expertos en atención médica que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- 
- **Puede presentar su queja tanto a la Organización para la Mejora de la Calidad como a nosotros al mismo tiempo.**

<b>Sección 11.5</b>	<b>También puede informar a Medicare sobre su queja</b>
---------------------	---------------------------------------------------------

Puede presentar una queja sobre BCBSAZ Health Choice Pathway directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, vaya a [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al **1-877-486-2048**.

**PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICARE AHCCCS****SECCIÓN 12      Cómo tratar problemas relacionados con sus beneficios de AHCCCS (Medicaid)****Medicaid (AHCCCS): proceso de apelaciones y audiencias imparciales del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona****Proceso del miembro para presentar una queja o una apelación**

Debe dirigirse al departamento de quejas y apelaciones de su plan de salud o ponerse en contacto con las líneas de atención al miembro. Las instrucciones detalladas para presentar quejas y apelaciones también están disponibles en el Manual del Miembro proporcionado por el plan de salud.

Lista de planes de salud del AHCCCS

<https://azweb.statemedicaid.us/HealthPlanLinksNet/HPLinks.aspx>

**Tiempo para resolver**

El plan de salud puede responder a sus preguntas sobre el tiempo que tardará en resolverse la apelación.

**Solicitar una apelación rápida**

Se puede solicitar una apelación rápida si usted o el médico consideran que la salud de la persona estará en grave peligro (daño grave para la vida o la salud o la capacidad de alcanzar, mantener o recuperar la función máxima) si se esperan 30 días a que el plan sanitario tome una decisión. Si la apelación es rápida, el plan de salud deberá resolverla en un plazo de tres días laborables, a menos que sea necesaria una prórroga.

**Continuación de los servicios durante una apelación**

Los miembros que actualmente reciben servicios o prestaciones podrán seguir recibéndolos durante el proceso de apelación. Si los servicios se redujeron, suspendieron o terminaron, se puede solicitar seguir recibiendo los servicios durante la apelación.

El recurso deberá presentarse antes del día en que deba surtir efecto la reducción, la suspensión o el cese. Si transcurren menos de 10 días entre la fecha de notificación y la fecha de entrada en vigor que figura en la notificación, la solicitud de continuación de los servicios deberá presentarse en un plazo de 10 días a partir de la fecha de notificación. Si se deniega la apelación, es posible que los miembros tengan que pagar los servicios recibidos durante el proceso de apelación.

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

---

Para más información, póngase en contacto con el plan de salud o llame a la Oficina de Servicios Jurídicos Administrativos.

Llame dentro del condado de Maricopa al **1-602-417-4232**  
Statewide **1-800-654-8713 ext. 74232**

Solicitar una audiencia (tras una apelación desfavorable)

Si los miembros no están de acuerdo con la decisión del plan de salud tras la apelación, pueden solicitar una audiencia imparcial estatal. (Una audiencia justa estatal tiene lugar cuando la apelación se presenta ante un juez de derecho administrativo).

### Audiencia imparcial y proceso de apelación de Medicaid de BCBSAZ Health Choice

Derecho de los miembros a solicitar una apelación sobre una acción adversa según el Proceso de apelaciones y audiencias estatales imparciales.

BCBSAZ Health Choice puede rechazar las solicitudes de su médico y también puede poner limitaciones o interrumpir la atención previamente aprobada. En tales casos, recibirá una carta de nuestro plan conocida como "Notificación de acción", en la que se expondrán los motivos de nuestra decisión. La Notificación de Acción detallará la ley, norma o política específica que utilizamos para tomar la decisión, así como la fecha en la que llegamos a nuestra conclusión. El aviso de acción le proporcionará instrucciones sobre cómo solicitar a nuestro plan que revise la decisión. Esta revisión se denomina "apelación". La notificación de acción también aclarará que si su apelación no prospera, usted puede ser responsable de cubrir los gastos incurridos durante el proceso de apelación. Antes de iniciar una apelación, se aconseja consultar con su médico, ya que podría tener un plan de atención alternativo que podría estar cubierto.

#### Solicitud de apelación

Puede solicitar una apelación si recibe un Aviso de acción. Puede solicitar la Apelación llamando a BCBSAZ Health Choice al **1-480-968-6866** (en el condado de Maricopa) o al **1-800-322-8670 (TTY 711)** (fuera del condado de Maricopa), o escribiendo una carta a BCBSAZ Health Choice. Debe enviar su carta de apelación directamente a BCBSAZ Health Choice. Por favor, evite enviar su apelación a Medicaid. Es crucial que presente su apelación a BCBSAZ Health Choice en un plazo de 60 días a partir de la fecha indicada en el Aviso de acción.

BCBSAZ Health Choice tiene un plazo de cinco (5) días hábiles para emitir una carta confirmando la recepción de su apelación. Tiene la opción de proporcionar a BCBSAZ Health Choice información adicional sobre su atención antes de la decisión final sobre su apelación. Además, en cualquier momento del proceso de apelación, tiene derecho a revisar toda la documentación que BCBSAZ Health Choice utilizó para llegar a su decisión.

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

---

**Uso de un representante**

Si no puede iniciar una apelación de forma independiente, tiene derecho a designar a alguien para que la presente en su nombre. A esta persona se la denomina representante. Si desea que un representante, como un familiar, un amigo, un miembro del clero o su médico, le ayude con su apelación, deberá informar a BCBSAZ Health Choice enviando una carta en la que manifieste su intención de autorizar a su representante a presentar la apelación en su nombre. Envíe la carta a: **BCBSAZ Health Choice** Attn: Member Appeals, P.O. 52033, Phoenix AZ 85072. Número de teléfono dentro del condado de Maricopa: **1-480-968-6866**, TTY **711** Número de teléfono fuera del condado de Maricopa: **1-800-322-8670**, TTY **711**.



# CAPÍTULO 10:

*Cancelación de su membresía  
en el plan*

---

## SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su afiliación a nuestro plan

---

La cancelación de su membresía en BCBSAZ Health Choice Pathway puede ser **voluntaria** (por su propia elección) o **involuntaria** (no por su propia elección):

- Usted puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo. Las secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la finalización voluntaria de su afiliación.
- También existen situaciones limitadas en las que usted no decide dejar el plan, pero nosotros debemos cancelar su membresía. La Sección 5 le informa las situaciones en las que estamos obligados a cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, éste deberá seguir proporcionándole la atención médica y los medicamentos recetados y usted seguirá pagando sus costos compartidos hasta que finalice su afiliación.

---

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

---

<b>Sección 2.1</b>	<b>Es posible que pueda cancelar su membresía por tener Medicare y AHCCCS (Medicaid)</b>
--------------------	------------------------------------------------------------------------------------------

- La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden cancelar su membresía solamente durante ciertos periodos del año. Debido a que usted tiene AHCCCS (Medicaid), puede cancelar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año. También tiene opciones de inscribirse en otro plan de Medicare en cualquier mes, incluyendo:
  - Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado;
  - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado (si elige esta opción, Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya rechazado la inscripción automática); o
  - Si califica, un plan de necesidades especiales para personas doblemente elegibles (D-SNP, por sus siglas en inglés) que le proporciona Medicare y la mayoría, si no es que todos, sus servicios y beneficios de Medicaid en un solo plan.

**Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan**

---

**Nota:** Si usted cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura de medicamentos recetados válida por un periodo continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Comuníquese con la oficina estatal de Medicaid para conocer las opciones de su plan Medicaid (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento).

- Hay otras opciones de planes de salud de Medicare disponibles durante el **Periodo de Inscripción Anual**. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el periodo de inscripción anual.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan. Su inscripción en el nuevo plan también comenzará este día.

<b>Sección 2.2</b>	<b>Usted puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción anual</b>
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------

Usted puede cancelar su membresía durante el **periodo de inscripción anual** (también conocido como el periodo anual de inscripciones abiertas). Durante este tiempo, revise su cobertura sanitaria y de medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Periodo de Afiliación Anual** 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 cambiar a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
  - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
  - 
  - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- **Su membresía finalizará en nuestro plan** cuando la cobertura de su nuevo plan entre en vigencia el 1.º de enero.

**Si usted recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar por sus medicamentos recetados:** Si usted cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados separado de Medicare, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que usted haya desistido de una inscripción automática.



**Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan**

---

**Nota:** Si usted cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura de medicamentos recetados válida por un periodo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

<b>Sección 2.3</b>	<b>Usted puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción anual de Medicare</b>
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------

Usted tiene la opción de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **periodo de inscripciones abiertas a Medicare Advantage**.

- **El periodo anual de inscripción abierta de Medicare Advantage** va del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que se inscriban en un plan MA, desde el mes en que tengan derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho.
- **Durante el periodo anual de inscripciones abiertas a Medicare Advantage** usted puede:
  - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos recetados.
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este periodo, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que se haya inscrito en otro plan de Medicare Advantage o de que hayamos recibido su solicitud para cambiar a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

<b>Sección 2.4</b>	<b>En determinadas situaciones, usted puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción anual</b>
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En determinadas situaciones, usted podría ser elegible para cancelar su membresía en otras épocas del año. Esto se conoce como un **periodo de inscripción especial**.

**Puede optar a finalizar su afiliación durante un Periodo de Afiliación Especial** si se da alguna de las siguientes situaciones en su caso. Estos son solo ejemplos; para obtener una lista completa puede contactar al plan, llamar a Medicare, o visitar la página web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)):

- Por lo general, cuando se ha mudado.
- Si usted tiene AHCCCS (Medicaid).

**Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan**

---

- Si es elegible para obtener “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos recetados de Medicare.
- Si incumplimos o violamos el contrato con usted.
- Si usted está recibiendo atención médica en una institución, como una residencia para ancianos y convalecientes o un hospital de atención de largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).
- **Nota:** si usted participa en un programa de manejo de medicamentos, posiblemente no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le brinda más información sobre los programas de manejo de medicamentos.
- **Nota:** la Sección 2.1 le brinda más información sobre el periodo de inscripción especial para personas con AHCCCS (Medicaid).

**Los periodos de inscripción varían** según su situación.

**Para saber si es elegible para el periodo de inscripción especial**, llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al teléfono **1-877-486-2048**. Si usted es elegible para cancelar su membresía por un caso especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura de atención médica como su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Puede elegir entre:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado;
- -o – Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

**Nota:** Si usted cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura de medicamentos recetados válida por un periodo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

**Si usted recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar por sus medicamentos recetados:** Si usted cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados separado de Medicare, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que usted haya desistido de una inscripción automática.

**Su membresía generalmente finalizará** el primer día del mes después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan.

**Nota:** En las secciones 2.1 y 2.2 encontrará más información sobre el periodo de inscripción especial para personas con AHCCCS (Medicaid) y "Ayuda adicional".

**Sección 2.5      ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?**

Si tiene alguna pregunta sobre la finalización de su afiliación, puede hacerlo:

- **Llame a Servicios para Miembros.**
- Busque la información en el Manual *Medicare y usted 2025*.
- Llame a Medicare al teléfono **1-800-MEDICARE ( 1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY **1-877-486-2048**).

**SECCIÓN 3      ¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan?**

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

<b>Si desea cambiar de nuestro plan a:    Esto es lo que debería hacer:</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Otro plan de salud de Medicare.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.</li><li>• Su inscripción en BCBSAZ Health Choice Pathway se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.</li><li>• Su inscripción en BCBSAZ Health Choice Pathway se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</li></ul>

**Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan****Si desea cambiar de nuestro plan a: Esto es lo que debería hacer:**

- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- Si usted cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados separado de Medicare, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que usted haya desistido de una inscripción automática.
- Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin una cobertura de medicamentos recetados válida por un periodo continuo de 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.
- **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Comuníquese a Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- También puede comunicarse con **Medicare** al teléfono **1-800-MEDICARE ( 1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana y pida que le den de baja. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- Se le dará de baja de BCBSAZ Health Choice Pathway cuando comience su cobertura en Medicare Original.

**Nota:** Si usted cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura de medicamentos recetados válida por un periodo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si más adelante 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 (AHCCCS), comuníquese con el programa AHCCCS (Medicaid) al **1-855-HEA-PLUS** o al **1-855-432-7587** TTY **711**, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. Consulte de qué manera la inscripción en otro plan o la reinscripción en Medicare original afectan el modo en que recibe la cobertura del AHCCCS (Medicaid).

---

## **SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan**

---

Hasta que finalice su afiliación a BCBSAZ Health Choice Pathway y comience su nueva cobertura de Medicare, deberá seguir obteniendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Siga recurriendo a los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Siga utilizando las farmacias de nuestra red o el servicio de pedidos por correo para surtir sus recetas.**
- **En caso de ser hospitalizado el día que finaliza su membresía, su internación en el hospital, en general, será cubierta por nuestro plan hasta que reciba el alta** (aún si recibe el alta después de que entre en vigor su nueva cobertura médica).

---

## **SECCIÓN 5 BCBSAZ Health Choice Pathway debe cancelar su membresía en nuestro plan en ciertos casos**

---

<b>Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?</b>
----------------------------------------------------------------------

**BCBSAZ Health Choice Pathway debe cancelar su membresía en el plan en cualquiera de los siguientes casos:**

- Si usted ya no cuenta con Medicare Parte A y Parte B.
- Si ya no es elegible 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 los requisitos especiales de elegibilidad, se considera una baja involuntaria. Los miembros del plan deben mantener su elegibilidad para Medicare y AHCCCS (Medicaid) para permanecer en el plan. Debemos notificarle por escrito que tiene un periodo de gracia de 6 meses para recuperar la elegibilidad antes de que cancelemos su inscripción.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera del área de servicio por un periodo mayor a seis meses.
  - Si se muda o viaja por un tiempo prolongado, llame al Departamento de Servicios para Miembros para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.

**Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan**

---

- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si usted no es más ciudadano de los Estados Unidos o reside legalmente en los Estados Unidos de América
- Si proporciona información falsa u omite información sobre la existencia de otro seguro que le provee la cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si se comporta continuamente de manera inapropiada y nos dificulta la provisión de atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si usted permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
  - Si nosotros cancelamos su membresía por dicho motivo, Medicare podría solicitar que su caso sea investigado por el inspector general.
- Si usted debe pagar un monto extra de la Parte D por sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción a nuestro plan.

**¿En dónde puede obtener más información?**

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre en qué casos podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para Miembros.

**Sección 5.2      Nosotros no podemos solicitarle que abandone nuestro plan por ninguna razón**

BCBSAZ Health Choice Pathway no puede pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

**¿Qué debe hacer si esto sucede?**

Si usted considera que se le está solicitando abandonar nuestro plan por una razón relacionada con su salud, usted debe llamar a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 24 horas al día, 7 días a la semana (TTY **1-877-486-2048**).

<b>Sección 5.3</b>	<b>Usted tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan</b>
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------

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 las leyes aplicables**

---

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

---

## **SECCIÓN 2      Aviso de no discriminación**

---

**No discriminamos** por motivos de raza, grupo étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, antecedentes de quejas, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen planes de Medicare Advantage, como el nuestro, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluidos el Capítulo 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 de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud Asequible y demás leyes aplicables para organizaciones que obtienen fondos federales, y demás leyes y normas aplicables por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al **1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697)** o a su oficina local de Derechos Civiles. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en [\*\*https://www.hhs.gov/ocr/index.html\*\*](https://www.hhs.gov/ocr/index.html).

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para tener acceso a la atención médica, llámenos a Servicios para Miembros. Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). BCBSAZ Health Choice Pathway no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

BCBSAZ 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:

**Capítulo 11 Avisos legales**

---

- 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:

BCBSAZ Health Choice Pathway

**Dirección:** P.O. 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](mailto:HCHComments@azblue.com)**

Si cree que BCBSAZ Health Choice Pathway no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidos embarazo, orientación sexual e identidad de género), puede presentar una queja por correo, fax o correo electrónico a:

BCBSAZ Health Choice Pathway

**Dirección:** P.O. Box 52033

Phoenix, AZ 85072

**Teléfono: 1-800-656-8991**

**Fax: 480-760-4739**

**TTY: 711**

**Correo electrónico: [HCH.GrievanceForms@azblue.com](mailto:HCH.GrievanceForms@azblue.com)**

Puede presentar una queja formal personalmente, 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:

**Capítulo 11 Avisos legales**

---

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.  
200 Independence Avenue, SW  
habitación 509F, HHH edificio  
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 sus derechos de subrogación para  
pagadores secundarios de Medicare**

---

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare de los cuales Medicare no es el pagador primario. De conformidad con las normas regulatorias de los CMS, establecidas en los artículos 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), BCBSAZ Health Choice Pathway, en calidad de organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de cobro que ejerce el Secretario en virtud de las normas regulatorias de los CMS establecidas en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR y las normas establecidas en esta Sección reemplazan a cualquier ley estatal.

# CAPÍTULO 12:

## *Definiciones de términos importantes*

**Capítulo 12 Definiciones de términos importantes**

---

**Apelación:** una apelación es una medida que toma usted en caso de no estar de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos recetados, o por el pago de servicios o medicamentos que usted ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

**Área de servicio:** zona geográfica en la que debe residir para afiliarse a un determinado plan de salud. En el caso de planes que restringen la lista de médicos y hospitales a los que puede acudir, generalmente también es el área en la que usted puede obtener servicios de rutina (servicios que no se consideren de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si usted se muda fuera del área de servicio del plan de modo permanente.

**Asistente de atención médica domiciliaria:** una persona que provee servicios que no requieren los conocimientos de un enfermero o terapeuta autorizado, como asistencia de cuidados personales (por ejemplo, para bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

**Atención de emergencia:** servicios cubiertos que son: (1) proporcionados por un proveedor calificado para administrar servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

**Atención en centros de enfermería especializada (SNF):** servicios de enfermería especializada y rehabilitación provistos en un centro de enfermería especializada en forma diaria y continua. Algunos ejemplos son: la fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por personal de enfermería certificado o un médico.

**Autorización previa:** aprobación por adelantado para recibir servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están señalados en la tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestra página web.

**Ayuda adicional:** un programa de asistencia económica de Medicare para personas de ingresos y recursos limitados para pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

**Biosimilar** - Producto biológico 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 "**Biosimilares intercambiables**").

**Capítulo 12 Definiciones de términos importantes**

---

**Biosimilar intercambiable:** un biosimilar que puede utilizarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

**Cancelar o cancelación de la inscripción:** el proceso de finalizar su membresía en el plan.

**Centro de cirugía ambulatoria:** un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el objetivo de proporcionar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no supera las 24 horas.

**Centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF):** un centro que provee principalmente servicios de rehabilitación a pacientes que tuvieron una enfermedad o lesión y que, además, fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios para la evaluación del entorno familiar.

**Centros de servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS):** es la agencia federal a cargo de la administración de Medicare.

**Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D):** seguro de asistencia económica para la compra de medicamentos recetados, vacunas, compuestos biológicos y ciertos suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

**Cobertura de medicamentos recetados válida:** cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, de media, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Los beneficiarios de este tipo de cobertura, cuando se vuelven elegibles para Medicare, generalmente pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

**Copago:** monto que usted debe pagar como parte del costo por servicios o suministros médicos tales como una consulta con el médico, una consulta en un centro hospitalario de atención ambulatoria o un medicamento recetado. Un copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

**Coseguro:** un monto, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20 %), que se le puede solicitar que pague como su parte del costo por los servicios o medicamentos recetados.

**Costo compartido:** el costo compartido se refiere al monto que un miembro debe pagar al recibir medicamentos o servicios. El costo compartido incluye cualquier

**Capítulo 12 Definiciones de términos importantes**

---

combinación de estos tres tipos de pagos: (1) cualquier monto de deducible que el plan pueda establecer antes de cubrir los servicios o los medicamentos; (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan exija que se pague al recibir servicios o medicamentos específicos; o (3) cualquier monto de “coaseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un medicamento o servicio, que el plan le exige pagar al recibir un medicamento o servicio específicos.

**Costos de bolsillo:** vea la definición anterior de costo compartido. El requisito de costo compartido debido al cual un miembro debe pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de costos de bolsillo del miembro.

**Cuidados de custodia:** los cuidados de custodia son cuidados personales que se proporcionan en una residencia para ancianos y convalecientes, un centro de cuidados paliativos u otra instalación, cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. Los cuidados de custodia, proporcionados por personas que no tienen habilidades o capacitación profesional, incluyen la ayuda con las actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de una cama o silla, desplazarse y utilizar el baño. También puede incluir el tipo de cuidados relacionados con la salud que la mayoría de las personas hace por su cuenta como, por ejemplo, utilizar gotas para los ojos. Medicare no cubre el cuidado de custodia.

**Deducible:** suma que debe pagar por atención médica o medicamentos recetados antes de que nuestro plan pague.

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

**Determinación de la organización:** Una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar por ellos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

**D-SNP integrado:** un D-SNP que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid bajo un único plan de salud para ciertos grupos de individuos elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas también se conocen como personas con doble derecho a prestaciones completas.

**Capítulo 12 Definiciones de términos importantes**

---

**Emergencia:** una emergencia médica tiene lugar cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento medio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de su vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de un miembro o de la función de un miembro, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

**Equipo médico duradero (DME):** ciertos equipos médicos indicados por su médico para fines médicos. Los ejemplos incluyen caminadores, sillas de rueda, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar.

**Etapa de cobertura catastrófica:** etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) han gastado \$2,000 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

**Etapa de cobertura inicial:** es la etapa anterior a que sus gastos de bolsillo del año hayan alcanzado el importe umbral de gastos de bolsillo.

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

**Excepción:** un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está incluido en nuestro formulario (una excepción de formulario), o para adquirir un medicamento no preferido en el nivel más bajo de costos compartidos (una excepción de categoría). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el que solicita, si nuestro plan exige una 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 donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios por medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si los surte en una de las farmacias de nuestra red.

**Farmacia fuera de la red:** una farmacia no contratada por nuestro plan para coordinar o proveer medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted adquiere de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan salvo en ciertos casos.



**Capítulo 12 Definiciones de términos importantes**

---

**"Herramienta de prestaciones en tiempo real":** portal o aplicación informática en la que los afiliados pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica sobre el formulario y las prestaciones. Esto incluye las cantidades de costos compartidos, los medicamentos alternativos del formulario que pueden utilizarse para el mismo problema de salud que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

**Hospicio:** beneficio que proporciona un tratamiento especial a los miembros que han sido certificados médicamente como enfermos terminales, es decir, que tienen una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, es decir, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si opta por un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, aún es miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios así como otros beneficios complementarios que ofrecemos.

**Indicación médicamente aceptada:** uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertas referencias, como la información sobre medicamentos del Servicio de Formulario Hospitalario Americano y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex.

**Individuos doblemente elegibles:** una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid.

**Internación en hospital:** la internación en un hospital sucede cuando un paciente se ingresa formalmente a un hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio.

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

**Lista de medicamentos cubiertos (formulario o Lista de medicamentos):** una lista de medicamentos recetados y cubiertos por el plan.

**Máximo de gastos de su bolsillo:** lo máximo que paga de su bolsillo durante el año natural por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Las cantidades que pague por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y por los medicamentos recetados no cuentan para el importe máximo de gastos de su bolsillo. (**Nota:** dado que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros llegan a alcanzar este máximo de desembolso directo).

## Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

---

**Medicaid (o Medical Assistance):** un programa conjunto del gobierno federal y del estado que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas con ingresos 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 Medicaid.

**Medicamento necesario:** servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

**Medicamento de marca:** un medicamento recetado fabricado y comercializado por la empresa farmacéutica que realizó el trabajo de investigación y desarrollo original del medicamento. Los medicamentos de marca poseen la misma fórmula del ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y comercializados por otros fabricantes de medicamentos y, generalmente, solo están disponibles cuando la patente del medicamento de marca ha vencido.

**Medicamento genérico:** un medicamento recetado aprobado por el Departamento de Control de Alimentos y Medicamentos (FDA) por poseer los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico posee el mismo mecanismo de acción que el medicamento de marca, pero, generalmente, su costo es inferior.

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

**Medicamentos de la Parte D:** medicamentos que pueden estar cubiertos según la Parte D. Podemos o no ofrecer 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:** es el programa de seguro médico federal para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellos con insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

**Miembro (Miembro de nuestro plan, o miembro del plan):** un beneficiario de Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, quien se ha suscrito 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 (IRMAA):** Si su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años está por encima de una cierta cantidad, pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido

**Capítulo 12 Definiciones de términos importantes**

---

como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se ven afectadas; por lo tanto, la mayor parte no pagará una prima más alta.

**Multa por inscripción tardía de la parte D:** la suma que se agrega a su prima mensual por cobertura de medicamentos de Medicare si usted no cuenta con una cobertura válida (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos el mismo monto que paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) por un periodo de 63 días consecutivos o más después de que sea elegible para inscribirse a un plan de la Parte D. Si usted pierde la Ayuda Adicional, estaría sujeto a la multa por inscripción tardía si alguna vez se ha quedado sin cobertura válida de la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos recetados, durante 63 días consecutivos o más.

**Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO):** conformada por un grupo de médicos y otros profesionales expertos en atención médica que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare.

**Original Medicare (Traditional Medicare o Medicare de pago por cada servicio):** Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y planes de medicamentos recetados. 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 su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga la suya. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico), y está disponible en todo Estados Unidos.

**Parte C:** consulte Plan de Medicare Advantage (MA).

**Parte D:** el programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare voluntario.

**Periodo de beneficios:** la forma en la que tanto nuestro plan como Original Medicare miden el uso que usted hace de los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada (SNF). Un periodo de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El periodo 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 periodo de beneficios, comienza un nuevo periodo de beneficios. No hay un límite en la cantidad de periodos de beneficios.

**Capítulo 12 Definiciones de términos importantes**

---

**Periodo de inscripción abierta para Medicare Advantage:** el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden darse de baja en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este periodo, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento. El periodo de inscripción abierta para Medicare Advantage también está disponible por un periodo de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

**Periodo de inscripción inicial:** periodo de tiempo en que puede inscribirse para Medicare Parte A y Parte B cuando es elegible para Medicare por primera vez. Si usted es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su periodo de inscripción inicial es el periodo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluido el mes en que cumple 65 años, y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

**Plan de costos de Medicare:** un plan de costos de Medicare es un plan operado por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o un Plan Médico Competitivo (Competitive Medical Plan, CMP) de acuerdo con un contrato de costos reembolsados de conformidad con la Sección 1876(h) de la ley.

**Plan de Medicare Advantage (MA):** a veces llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una empresa privada bajo contrato con Medicare para proveerle todos los beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan Medicare Advantage puede ser i) Organización para el mantenimiento de la salud [HMO, por sus siglas en inglés], ii) Organización de proveedores preferentes [PPO, por sus siglas en inglés], iii) un plan Privado de pago por servicio [PFFS, por sus siglas en inglés] o iv) un plan de Cuenta de ahorros médicos de Medicare [MSA, por sus siglas en inglés]. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan “**Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**”.

**Plan de necesidades especiales para cuidados crónicos:** los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a las personas elegibles para MA que padecen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según se definen en 42 CFR 422.2, incluida la restricción de la inscripción basada en las agrupaciones de afecciones múltiples comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas que se especifican en 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

**Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO):** un Plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado brindar tratamiento a los miembros del plan por el pago de un monto específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan ya sea que se reciban de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.

**Capítulo 12 Definiciones de términos importantes**

---

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 costos de bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto para sus costos de bolsillo totales combinados por servicios recibidos tanto de proveedores dentro la red (preferidos) como de proveedores fuera de la red (no preferidos).

**Plan de seguro médico de Medicare:** un plan de seguro médico de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene contratos con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. El término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, Planes para necesidades especiales, los Programas de Demostración o Piloto y los Programas de Atención Integral para Adultos Mayores (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

**Plan PACE:** Un plan PACE (Programa de Atención Integral a las Personas Mayores) combina servicios y apoyos médicos, sociales y a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) para personas frágiles, con el fin de ayudarles a mantenerse independientes y a vivir en su comunidad (en lugar de trasladarse a una residencia) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben beneficios de Medicare y de AHCCCS (Medicaid) a través del plan.

**Plan para necesidades especiales (SNP) institucional equivalente:** un plan que inscribe a individuos elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren un nivel de atención institucional de acuerdo con la evaluación estatal. La evaluación se debe realizar con la misma herramienta de evaluación de nivel de atención estatal correspondiente y administrar por medio de una entidad diferente de la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan para necesidades especiales puede restringir la inscripción a personas que residen en un centro de asistencia para las actividades de la vida diaria (assisted living facility, ALF) contratado, si es necesario para garantizar una atención especializada uniforme.

**Plan para necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) institucional:** un plan que inscribe a personas elegibles que residen de forma continua o que se espera que residan de forma continua por 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), (SNF/NF), un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidad intelectual (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados y/o centros aprobados por los CMS que presten servicios similares de atención sanitaria a largo plazo cubiertos por Medicare Parte A, Medicare Parte B o Medicaid; y cuyos residentes tengan necesidades y un estado de salud similares a los de los otros tipos de centros mencionados. Un Plan para necesidades especiales institucional debe contar con un acuerdo contractual con (o ser propietario y operar) los centros de LTC específicos.

**Capítulo 12 Definiciones de términos importantes**

---

**Plan para necesidades especiales:** un tipo de plan Medicare Advantage especial que brinda atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, los residentes en una residencia para ancianos y convalecientes o los que sufren ciertas afecciones médicas de tipo crónico.

**Planes para necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP):** un tipo de plan que inscribe a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley de Seguridad Social) como a la asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos o todos los costos de Medicare, dependiendo del estado y de la elegibilidad del individuo.

**Póliza Medigap (Seguro complementario de Medicare):** el seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para cubrir las “brechas” en Original Medicare. Las pólizas Medigap solo se aplican a Original Medicare. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

**Prima:** el pago periódico que se efectúa a Medicare, una compañía de seguros o un plan de seguro médico por cobertura médica o medicamentos recetados.

**Producto biológico original:** producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y que sirve de comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

**Producto biológico:** medicamento de venta con receta que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, 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 también "**Producto biológico original**" y "**Biosimilar**").

**Programa de Descuento del Fabricante:** un programa donde los fabricantes de medicamentos pagan una porción del costo total del plan por los medicamentos y por los productos biológicos de marca registrada cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos se realizan según los acuerdos establecidos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos.

**Prótesis y órtesis:** dispositivos médicos, incluidos, de manera enunciativa mas no limitativa, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o una función del cuerpo, incluidos suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

**Capítulo 12 Definiciones de términos importantes**

---

**Proveedor de atención primaria (PCP):** es el médico u otro proveedor al que consulta primero sobre la mayoría de sus problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de visitar a cualquier otro proveedor de atención médica.

**Proveedor de la red: proveedor** es el término general para médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros sanitarios autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para prestar servicios sanitarios. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar así como proporcionar los servicios cubiertos a Los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se llaman "proveedores del plan".

**Proveedor o centro fuera de la red:** proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o prestar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores no contratados, no operados ni de propiedad de nuestro plan.

**Queja :** presentar una queja se conoce formalmente como **presentar un reclamo**. El procedimiento para quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de atención, los tiempos de espera y la atención al cliente que usted recibe. También incluye las quejas si su plan no respeta los plazos en el proceso de apelación.

**Queja:** un tipo de queja que presente sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluida una queja relativa a la calidad de su atención. Esto no involucra disputas por pago o cobertura.

**Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI):** un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que tienen alguna discapacidad, ceguera, o que son mayores de 65. Los beneficios SSI no son los mismos 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 que cubren las Partes A y B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye las prestaciones adicionales, como la visión, la odontología o la audición, que pueda ofrecer un plan Medicare Advantage.

**Servicios cubiertos:** el término que utilizamos para referirnos a todos los servicios de atención médica y suministros cubiertos por nuestro plan.

**Servicios de rehabilitación:** estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

**Capítulo 12 Definiciones de términos importantes**

---

**Servicios para Miembros:** un departamento, dentro de nuestro plan, responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

**Servicios urgentes:** un servicio cubierto por el plan que requiera atención médica inmediata y que no sea una urgencia es un servicio necesario de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si no es razonable, teniendo en cuenta su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de afecciones ya existentes. Sin embargo, las visitas rutinarias médicamente necesarias a un proveedor, como las revisiones anuales, no se consideran urgentes aunque usted se encuentre fuera del área de servicio del plan o la red del plan no esté disponible temporalmente.

**Sistema de Contención de Costos Sanitarios de Arizona (AHCCCS)** - La agencia Medicaid de Arizona que ofrece programas de asistencia sanitaria para atender a los residentes de Arizona. Las personas deben cumplir ciertos requisitos de ingresos y de otro tipo para obtener los servicios.

**Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS):** consulte “Ayuda adicional”.

**Tarifa de dispensación:** una tarifa que se cobra cada vez que se provee un medicamento cubierto para pagar el costo por surtir una receta médica, como el tiempo del farmacéutico para preparar y envasar la receta.

**Tasa de costo compartido diario:** una tasa de costo compartido diario puede aplicarse cuando su médico le recete menos de un suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba pagar un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días en el suministro de un mes. Aquí, un ejemplo: Si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de \$30 y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, su “tasa de costo compartido diario” es de \$1 por día.

**Terapia escalonada:** una herramienta de uso que establece que usted primero debe probar otro medicamento para tratar su afección médica antes de que podamos cubrir un medicamento que su médico pudo haber recetado inicialmente.

**Umbral de costos de bolsillo:** la cantidad máxima que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.



# Notice of Non-Discrimination



Health  
Choice

## In Compliance with Section 1557 of the Affordable Care Act

Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ) 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 pregnancy and sexual orientation). BCBSAZ Health Choice Pathway does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy and sexual orientation).

BCBSAZ 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:

BCBSAZ Health Choice Pathway  
Attn: Civil Rights Coordinator

**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 BCBSAZ 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 pregnancy and sexual orientation), you can file a grievance by mail, fax, or email to:

BCBSAZ 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)**.

BCBSAZ Health Choice Pathway is a subsidiary of Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ), an independent licensee of the Blue Cross Blue Shield Association.

H5587\_D40034PY25\_C

# Aviso de No Discriminación

## En cumplimiento con la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Costo



Health  
Choice

Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ) Health Choice Pathway (HMO D-SNP) cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo y la orientación sexual). BCBSAZ Health Choice Pathway no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo y la orientación sexual).

BCBSAZ 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:

BCBSAZ Health Choice Pathway  
Coordinador de Derechos Civiles

**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 BCBSAZ 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 (incluido el embarazo y la orientación sexual), puede presentar una queja formal por correo, fax o correo electrónico:

BCBSAZ 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)**.

BCBSAZ Health Choice Pathway es una subsidiaria de Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ), un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association.  
H5587\_D40034PY25\_C

# Multi-language Interpreter Services



Health  
Choice

An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-656-8991**. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-800-656-8991**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Navajo:** T'áá hait'éeego da ats'íís baa'áhayá doodago azee' aanídaa'níí nihinaaltsoos bee hadadít'éhígíí bąqah na'ídikid nee hólóqogo da nihi éí ata' halne'í bee áka'anída'awo'í t'áá jíik'eh nihee hóló. Ata' halne'í ta' yíníkeedg kohjji' **1-800-656-8991** nihich'ji' hodílnih. T'áá háida Bilagáana Bizaad yee yáfti'ígíí ta' níká'iilyeed dooleet. Díí t'áá jíik'eh bee níká'iilyeed dooleet.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费<sup>的</sup>翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险<sup>的</sup>任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 **1-800-656-8991**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项<sup>免费</sup>服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 **1-800-656-8991**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項<sup>免費</sup>服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa **1-800-656-8991**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-800-656-8991**. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-800-656-8991** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-800-656-8991**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-800-656-8991** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

# Multi-language Interpreter Services



Health  
Choice

An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-800-656-8991**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي سئلة تتعلق بالصحة وأ جدول لأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، بمساعدتك. هذه خدمة مجانية. سيقوم شخص ما يتحدث العربية **1-800-656-8991** ليسع ليك سوى الاتصال بنظ لي.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-800-656-8991** पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-800-656-8991**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-656-8991**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-656-8991**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-800-656-8991**. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-800-656-8991** にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

## BCBSAZ 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> 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>	BCBSAZ Health Choice Pathway P.O. Box 52033 Phoenix, AZ 85072 <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</b> o <b>602-542-4446</b>
<b>Dirección</b>	Programa de Asistencia y Seguro Médico del Estado de Arizona (SHIP de Arizona) 1789 W. Jefferson St. 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