

2026

Evidencia de Cobertura



Health Choice Pathway

(HMO D-SNP)



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



**BlueCross
BlueShield**
Arizona

An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

**Health
Choice**

Desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de cobertura de 2026:

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

Este documento le brinda los detalles sobre su atención médica y cobertura de medicamentos de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para entender lo siguiente:

- Nuestra prima del plan y el costo compartido.
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos.
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento.
- Cómo ponerse en contacto con nosotros.
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

Si tiene alguna pregunta sobre este documento, póngase en contacto con Servicios 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, Health Choice Pathway (HMO D-SNP), es ofrecido por Health Choice Arizona, Inc. (Cuando esta *evidencia de cobertura* dice "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a Health Choice Arizona, Inc. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa Health Choice Pathway).

Este documento está disponible de manera gratuita en español. Esta información está disponible en otros formatos, como Braille, letra grande y audio.

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

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

Usted, el miembro, por este medio reconoce expresamente su entendimiento de que este plan de salud constituye un contrato únicamente entre usted y Blue Cross® Blue Shield® of Arizona Health Choice, una subsidiaria de Blue Cross Blue Shield of Arizona, que es una corporación independiente que opera bajo licencia de Blue Cross and Blue Shield

Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield (la "Asociación"), que permite a Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice usar las marcas de servicio de Blue Cross y Blue Shield en Arizona. Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice no actúa como agente de la Asociación. Usted no ha celebrado este acuerdo basándose en ninguna representación de ninguna persona que no sea Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice. Ninguna persona, entidad u organización que no sea Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice será responsable ni tendrá obligación alguna por ninguna de las obligaciones de Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice con usted creadas en virtud de este acuerdo. Este párrafo no crea ninguna obligación adicional de parte de Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice que no sean aquellas obligaciones creadas bajo otras disposiciones de este acuerdo.

H5587_D42821PY26_C

Índice

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro	5
SECCIÓN 1 Usted es miembro de Health Choice Pathway	5
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan	6
SECCIÓN 3 Materiales importantes de la membresía	8
SECCIÓN 4 Resumen de los costos importantes	12
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan	18
SECCIÓN 6 Mantener actualizado el registro de nuestra membresía del plan	19
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	19
CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos	21
SECCIÓN 1 Contactos de Health Choice Pathway	21
SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare.....	24
SECCIÓN 3: Programa Estatal de Asistencia con los Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés)	25
SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés)	26
SECCIÓN 5 Seguro Social	27
SECCIÓN 6 AHCCCS (Medicaid).....	28
SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados	30
SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB, sigla en inglés)	32
SECCIÓN 9 Obtenga ayuda del área para el envejecimiento de Arizona.....	33
CAPÍTULO 3: Usar nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos	34
SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan	34
SECCIÓN 2 Utilizar proveedores de la red de nuestro plan para recibir atención médica y otros servicios.....	36
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en una emergencia, desastre o necesidad urgente de atención	41
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?	44
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica	45

SECCIÓN 6	Normas para recibir atención en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud	47
SECCIÓN 7	Normas sobre la propiedad del equipo médico duradero	48
CAPÍTULO 4:	Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto)	50
SECCIÓN 1	Entender los servicios cubiertos	50
SECCIÓN 2	La tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos	51
SECCIÓN 3	Servicios cubiertos fuera de Health Choice Pathway	102
SECCIÓN 4	Servicios que no están cubiertos por nuestro plan	102
CAPÍTULO 5:	Utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D	106
SECCIÓN 1	Normas básicas para la cobertura del plan de medicamentos de la Parte D	106
SECCIÓN 2	Adquiera sus medicamentos recetados a través de una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan	107
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar incluidos en la lista de medicamentos de nuestro plan	111
SECCIÓN 4	Medicamentos con restricciones de cobertura	113
SECCIÓN 5	Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como usted desea	115
SECCIÓN 6	Nuestra lista de medicamentos puede cambiar durante el año	117
SECCIÓN 7	Tipos de medicamentos que no cubrimos	120
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta	121
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	122
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad y control de medicamentos	124
CAPÍTULO 6:	Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D	127
SECCIÓN 1	Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D	127
SECCIÓN 2	Etapas de pago de medicamentos para los miembros de Health Choice Pathway	130
SECCIÓN 3	La <i>explicación de beneficios de la Parte D</i> explica en qué etapa de pago se encuentra	130
SECCIÓN 4	Etapas de deducible	132
SECCIÓN 5	Etapas de cobertura inicial	133
SECCIÓN 6	Etapas de cobertura en situaciones catastróficas	137

SECCIÓN 7	Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D.....	137
CAPÍTULO 7: Solicitarnos que paguemos una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos..... 140		
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos	140
SECCIÓN 2	Cómo solicitar un reembolso o el pago de una factura que recibió	143
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y le daremos una respuesta afirmativa o negativa.....	144
CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 145		
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales.....	145
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan	161
CAPÍTULO 9: Si usted tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)..... 163		
SECCIÓN 1	Qué hacer si tiene algún problema o inquietud	163
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y ayuda personalizada	164
SECCIÓN 3	Qué proceso usar para su problema	166
SECCIÓN 4	Cómo manejar los problemas relacionados con sus beneficios de Medicare.....	167
SECCIÓN 5	Guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones.....	168
SECCIÓN 6	Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	171
SECCIÓN 7	Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	180
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que cubramos una estancia hospitalaria como paciente internado más prolongada si cree que le están dando el alta demasiado pronto	191
SECCIÓN 9	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto	197
SECCIÓN 10	Presentación de apelaciones en los Niveles 3, 4 y 5.....	201
SECCIÓN 11	Como presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	204
SECCIÓN 12	Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de AHCCCS (Medicaid).....	207

CAPÍTULO 10: Cancelar la membresía en nuestro plan	211
SECCIÓN 1 Cancelar su membresía en nuestro plan	211
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	211
SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan	215
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	216
SECCIÓN 5 Health Choice Pathway debe cancelar su membresía en nuestro plan en ciertos casos	216
CAPÍTULO 11: Avisos legales	219
SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes aplicables	219
SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación	219
SECCIÓN 3 Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare	221
CAPÍTULO 12: Definiciones	222

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de Health Choice Pathway

Sección 1.1 Usted está inscrito en Health Choice Pathway, que es un plan para necesidades especiales de Medicare.

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), (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 a través de nuestro plan, Health Choice Pathway. Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores de nuestro plan difieren de Original Medicare.

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. Health Choice Pathway está diseñado para personas que tienen Medicare y tienen derecho a recibir asistencia de AHCCCS (Medicaid).

Debido a que recibe ayuda de AHCCCS (Medicaid) con los costos compartidos de la Parte A y la Parte B de Medicare (copagos y coseguro), es posible que no pague nada por sus servicios de Medicare. AHCCCS (Medicaid) también puede brindarle otros beneficios al cubrir servicios

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

de atención médica que generalmente no están cubiertos por Medicare. También puede recibir ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos de Medicare. Health Choice Pathway le ayudará a administrar todos estos beneficios para que pueda recibir los servicios médicos y la asistencia con los pagos a los que tiene derecho.

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

Sección 1.2 Información legal sobre la evidencia de cobertura

Esta *evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo 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*.

El contrato está vigente durante los meses en los que esté inscrito en Health Choice Pathway entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Health Choice Pathway después del 31 de diciembre de 2026. Después del 31 de diciembre de 2026, también podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) y AHCCCS deben aprobar Health Choice Pathway. Puede seguir recibiendo todos los años la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan, siempre y cuando decidamos seguir ofreciendo nuestro plan y Medicare y AHCCCS renueven la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

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

- Tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Vive en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.3). Las personas encarceladas no se consideran como residentes en el área geográfica de servicio, aun cuando estén físicamente ubicadas en ella.
- Es ciudadano estadounidense o reside legalmente en los Estados Unidos.
- 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 tanto para Medicare como para AHCCCS (Medicaid) completo.

Nota: Si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la recupere dentro de 6 meses, todavía es elegible para la membresía. La Sección 2.1 del Capítulo 4 le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante un periodo en el que se considera que sigue siendo elegible.

Sección 2.2 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, AHCCCS (Medicaid) ofrece programas para ayudar a las personas a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos programas de ahorro de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario capacitado de Medicare Plus (QMB+, por sus siglas en inglés):** 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).
- **Beneficiario de bajos ingresos específicos de Medicare Plus (SLMB+, por sus siglas en inglés):** AHCCCS (Medicaid) paga las primas de la Parte B
- **Doble elegibilidad de beneficios completos (FBDE, por sus siglas en inglés):** (también conocido como Non-QMB Dual): Persona que tiene derecho a Medicare y se determina que es elegible para los beneficios de AHCCCS (Medicaid) Acute o sistema de centros de atención a largo plazo de Arizona (ALTCS), pero que no cumple con los criterios de ingreso para el programa QMB o el SLMB. AHCCCS (Medicaid) no cubre el pago de los

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

costos de las primas de Medicare. El pago de AHCCCS del coseguro y el deducible de Medicare para los servicios cubiertos por Medicare es limitado.

Sección 2.3 Área de servicio del plan Health Choice Pathway

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

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

Si planea mudarse a 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 servicio de nuestro plan, no puede permanecer como miembro de este plan. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY llaman al **711**) para ver si tenemos un plan en su nueva área. 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 en su nueva ubicación.

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

Sección 2.4 Ciudadano o residente legal en los Estados Unidos

Debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos para ser miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (los centros de servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Health Choice Pathway si usted no es elegible para permanecer como miembro de nuestro plan sobre esta base. Health Choice Pathway deberá cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de la membresía

Sección 3.1 Nuestra tarjeta de membresía del plan

Utilice 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). Ejemplo de tarjeta de membresía:

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro*Anverso de la tarjeta*

 	
Member: John Q Sample ID #: MZHHC1234567	RxBIN: 004336 RxPCN: MEDDADV RxGRP: RX8748
Health Plan Name: Health Choice Pathway (HMO D-SNP)	Health Plan: (80840) Plan ID: H5587-002
 	

Reverso de la tarjeta

 	
Arizona providers send medical claims to: BCBSAZ Health Choice Pathway PO Box 52033 Phoenix, AZ 85072-2033	azblue.com/hcpathway Member Services: 1-800-656-8991, TTY: 711 24/7 Nurse Advice Line: 1-855-458-0622 Pharmacy Help Desk: 1-866-693-4620 Pharmacy Prior Auth and Appeals Fax: 1-877-424-5690 Crisis Hotline: 1-844-534-4673
Providers outside of Arizona 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 Health Choice Pathway, aún tendrá que usar su tarjeta de AHCCCS Complete Care (Medicaid) junto con su tarjeta Health Choice Pathway. Debe usar su tarjeta de membresía de Health Choice Pathway siempre que reciba cualquier servicio cubierto por este plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. Para los miembros que estén inscritos en Health Choice Pathway y en Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice para su plan de AHCCCS Complete Care (Medicaid), aquí tiene una muestra de la tarjeta de membresía para mostrarle cómo se verá la suya:

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro*Anverso de la tarjeta*

  	
Member: John Q Sample HCP ID #: MZHHC1234567 AHCCCS ID #: HCIA12345678	RxBIN: 004336 RxPCN: MEDDADV RxGRP: RX8748 Health Plan: (80840) Plan ID: H5587-002
Health Plan Name: Health Choice Pathway (HMO D-SNP) Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice	Member Services: 1-800-656-8991 Crisis Hotline: 1-844-534-4673
 	

Reverso de la tarjeta

 	
Arizona providers send medical claims to: BCBSAZ Health Choice Pathway PO Box 52033 Phoenix, AZ 85072-2033	azblue.com/hcpathway Member Services: 1-800-656-8991, TTY: 711 24/7 Nurse Advice Line: 1-855-458-0622 Pharmacy Help Desk: 1-866-693-4620 Pharmacy Prior Auth and Appeals Fax: 1-877-424-5690
Providers outside of Arizona 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.

NO use su tarjeta de color rojo, blanco y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Health Choice Pathway, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le solicite que la muestre si necesita recibir servicios hospitalarios, 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 de inmediato a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (usuarios de TTY llamen al **711**) y le enviaremos una tarjeta nueva.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sección 3.2 El directorio de proveedores

El *directorio de proveedores* **azblue.com/hcpathway** 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 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 Health Choice Pathway autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

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

Si no tiene un *directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (en formato electrónico o en papel) a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY llaman al **711**). Las solicitudes de *directorios de proveedores* en papel le serán enviadas por correo en un plazo de 3 días hábiles.

Sección 3.3 El directorio de farmacias:

El *directorio de farmacias* **azblue.com/hcpathway** enumera las farmacias de nuestra red. **Las farmacias de la red** son las farmacias que acordaron surtir medicamentos recetados cubiertos para los miembros de nuestro plan. Utilice 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 de nuestro plan.

Si no tiene un *directorio de farmacias*, puede solicitar una copia a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY llaman al **711**). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en **azblue.com/hcpathway**.

Sección 3.4 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *lista de medicamentos cubiertos* (también llamada lista de medicamentos o formulario). Indica qué medicamentos recetados están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Health Choice Pathway. Los medicamentos incluidos en esta lista son seleccionados por nuestro plan con el asesoramiento de médicos y farmacéuticos. La lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados en el marco del programa de negociación de precios

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

de medicamentos de Medicare se incluirán en su lista de medicamentos, a menos que hayan sido eliminados y reemplazados tal como se describe en la Sección 6 del Capítulo 5. Medicare aprobó la lista de medicamentos de Health Choice Pathway.

La lista de medicamentos también informa si existen normas que restrinjan la cobertura de un medicamento.

Recibirá una copia de la lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite [azblue.com/hcpathway](https://www.azblue.com/hcpathway) o llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (usuarios de TTY llamen al **711**).

SECCIÓN 4 Resumen de los costos importantes

	Sus costos en 2026
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 4.1 para obtener más información.	\$0 con base en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).
Monto máximo de bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> de bolsillo que pagará por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1, Capítulo 4 para obtener más información).	\$8,800 Si usted es elegible para recibir asistencia para los costos compartidos de Medicare conforme a AHCCCS (Medicaid), usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para alcanzar el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.
Consultas presenciales de atención primaria	\$0 de copago por consulta Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0 por consulta.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

	Sus costos en 2026
Consultas presenciales con especialistas	\$0 de copago por consulta Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos conforme a Medicaid, usted paga \$0 por consulta.
Estancia hospitalaria como paciente internado	\$0 por los días 1a 90 de hospitalización por periodo de beneficios. Si es elegible para recibir asistencia para los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.
Deducible por la cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 4, Capítulo 6 para obtener más información).	Deducible: \$0 Si recibe ayuda adicional, su deducible es \$0. Si no recibe ayuda adicional, su deducible es \$615, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**Cobertura de medicamentos de la Parte D**

(Consulte el Capítulo 6 para obtener más información, incluyendo el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura en situaciones catastróficas).

Sus costos en 2026**Copago durante la etapa de cobertura inicial:**

Genéricos y medicamentos tratados como genéricos: Según su nivel de ayuda adicional o estado institucional, usted paga lo siguiente:

- \$0 o
- \$1.60 o
- \$5.10

Todos los demás medicamentos: Según su nivel de ayuda adicional o estado institucional, usted paga lo siguiente:

- \$0 o
- \$4.90 o
- \$12.65

Si no recibe ayuda adicional, pagará un coseguro del 25% por sus medicamentos recetados y no más de \$35 al mes por cada producto de insulina cubierto.

Etapas de cobertura en situaciones catastróficas:

Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía en la Parte D (Sección 4.3)
- Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)
- Importe del plan de pagos de los medicamentos recetados de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, la prima del plan la paga AHCCCS (Medicaid) en nombre de los miembros. Para 2026, la prima mensual del plan para Health Choice Pathway es de \$0.

Si *ya* recibe ayuda de uno de estos programas, **la información sobre las primas que figura en esta evidencia de cobertura no se aplica a su caso**. Le enviamos un documento separado llamado *cláusula adicional de evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar medicamentos recetados* (también conocida como *cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos o cláusula adicional LIS*), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este anexo, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (usuarios de TTY llamen al **711**) y pida la *cláusula adicional LIS*.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

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 anteriormente, para ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para AHCCCS (Medicaid) y además tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Health Choice Pathway, AHCCCS (Medicaid) paga su prima de la Parte A (si no califica automáticamente para ella) y la 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 de nuestro plan. Esto incluye su prima de la Parte B. También puede tener que pagar una prima por la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía en la Parte D

Como usted es de doble elegibilidad, la multa por inscripción tardía (LEP, por sus siglas en inglés) no se aplica mientras mantenga su condición de doble elegibilidad, pero si pierde esa condición, puede incurrir en una LEP. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si, en cualquier momento después de que finalice su periodo de inscripción inicial, hay un periodo de 63 días o más

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

seguidos en los que no tuvo cobertura de la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos. La cobertura de medicamentos recetados válida es aquella que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura válida de medicamentos recetados. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

No tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D en los siguientes casos:

- Si recibe ayuda adicional de Medicare para ayudar a pagar los costos de sus medicamentos.
- Si estuvo menos de 63 días seguidos sin cobertura válida.
- Si tenía cobertura de medicamentos válida a través de otra fuente (como un empleador anterior, sindicato, TRICARE o la Administración de Salud a Veteranos [VA, por sus siglas en inglés]). Si su aseguradora o su departamento de recursos humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura válida. Si puede recibir esta información en una carta o en un boletín de ese plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.
 - **Nota:** Cualquier carta o aviso debe indicar que usted tenía una cobertura válida de medicamentos recetados que se espera pague al menos lo mismo que paga el plan estándar de medicamentos de Medicare.
 - **Nota:** Las tarjetas de descuento de medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos de medicamentos no son cobertura válida de medicamentos recetados.

Medicare determina el importe de la multa por inscripción tardía en la Parte D. Así es como funciona:

- En primer lugar, cuente el número de meses completos que ha retrasado su inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, después de ser elegible para inscribirse. O cuente el número de meses completos que no tuvo cobertura válida de medicamentos, 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, el porcentaje de la multa será del 14 %.
- A continuación, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en la nación del año anterior (prima nacional básica de beneficiario). Para 2026, este importe promedio de la prima es de \$38.99.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima nacional básica de beneficiario y redondee a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14 % multiplicado por \$38.99, lo que equivale a \$5.46. Esto se redondea a \$5.50. Este monto se añadiría **a la prima mensual del plan de alguien con una multa por inscripción tardía en la Parte D.**

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

- **La multa puede cambiar cada año**, porque la prima nacional básica de beneficiario puede cambiar cada año.
- **Seguirá pagando una multa** cada mes mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, aunque cambie de plan.
- Si tiene *menos* de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla los 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía en la Parte D se basará únicamente en los meses en los que no tuvo cobertura después de que finalizó su periodo inicial de inscripción al cumplir la edad para 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 ya estaba pagando una multa antes de unirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos

Si pierde la elegibilidad para este plan debido a cambios en sus ingresos, es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional por su plan de Medicare, conocido como monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés) de la Parte D. El recargo se calcula utilizando sus ingresos brutos ajustados modificados, tal y como figuran en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 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, consulte www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si tiene que pagar un IRMAA 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 beneficios 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 nuestro plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

cantidad extra adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto extra, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el IRMAA extra al gobierno. No puede pagarse con la prima mensual de su plan. Si no paga el IRMAA adicional, será dado de baja de nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con pagar un IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para averiguar cómo hacerlo, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (usuarios de TTY llamen al 1-800-325-0778).

Sección 4.6 Importe del plan de pagos de los medicamentos recetados de Medicare

Si participa en el plan de pago de los medicamentos recetados de Medicare, cada mes pagará la prima de nuestro plan (si tiene uno) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagarle a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por cualquier medicamento recetado que reciba, más el saldo del mes anterior, dividido entre el número de meses que quedan en el año.

El Capítulo 2, Sección 7, ofrece más información sobre el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan

Sección 5.1 Nuestra prima mensual del plan no cambiará durante el año

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

Sin embargo, en algunos casos, usted puede dejar de pagar una multa por inscripción tardía si la debe, o puede que tenga que comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto podría suceder si llega a ser elegible para recibir ayuda adicional o si pierde su elegibilidad para ayuda adicional 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 pierde la ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía en la Parte D si pasa 63 días o más seguidos sin la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos recetados.

Encuentre más información sobre la ayuda adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado el registro de nuestra 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 médico de atención primaria/grupo médico/asociación de médicos independientes (IPA, por sus siglas en inglés).

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores en la red de nuestro plan **usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuáles son sus montos de costo compartido**. Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Si tiene alguno de estos cambios, infórmenos:

- Si hay cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Si hay cambios en cualquier otra cobertura médica que tenga (por ejemplo, la de su empleador, la de su cónyuge o pareja, compensación laboral o AHCCCS (Medicaid)).
- Si tiene algún reclamo de responsabilidad, como reclamos por un accidente automovilístico.
- Si lo admiten en una residencia de convalecencia.
- 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 nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene intención de participar, pero le animamos a que lo haga).

Si esta información cambia, infórmenos llamando a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY llaman al **711**).

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige recopilar información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios en nuestro plan. Esto se denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que lista cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que sea de nuestro conocimiento. Lea esta información detenidamente. Si es

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

correcta, no es necesario que haga nada. Si la información no es correcta o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY llaman al **711**). Es posible que deba dar nuestro número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando usted cuenta con otro seguro (como cobertura de salud grupal del empleador), las normas de Medicare deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero (el "pagador principal") paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar (el "pagador secundario") solo paga si hay costos que la cobertura principal no cubre. 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 edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés):
 - 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 pareja) aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una 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 civil (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

SECCIÓN 1 Contactos de Health Choice Pathway

Para recibir ayuda relacionada con reclamos, facturación o preguntas sobre tarjetas de miembro, llame o escriba a Servicios para Miembros de Health Choice Pathway (HMO D-SNP). Con gusto le ayudaremos.

Información de contacto de Servicios para Miembros

Teléfono	1-800-656-8991 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). Servicios para Miembros al 1-800-656-8991 (usuarios de TTY llamen al 711) también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere 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).
Correo	Health Choice Pathway P.O. Box 52033 Phoenix, AZ 85072 HCHComments@azblue.com
Sitio web	azblue.com/hcpathway

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Cómo 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 de la Parte D. Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o sus medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

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

Teléfono	1-800-656-8991 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).
TTY	711 Este número requiere 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).
Fax	1-877-424-5680 para atención médica: decisiones de cobertura 480-760-4739 para atención médica: apelaciones 1-877-424-5690 para medicamentos recetados de la Parte D
Correo	Health Choice Pathway P.O. Box 52033 Phoenix, AZ 85072
Sitio web	azblue.com/hcpathway

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Quejas sobre atención médica: información de contacto**

Teléfono	1-800-656-8991 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).
TTY	711 Este número requiere 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).
Fax	1-480-760-4739
Correo	Health Choice Pathway Attn: Resolution Center P.O. Box 52033 Phoenix, AZ 85072
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre Health Choice Pathway directamente a Medicare, consulte www.Medicare.gov/my/Medicare-Complaint .

Cómo pedirnos que paguemos el costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Si recibió una factura o pagó 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 el capítulo 7 para obtener más información.

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

Solicitud de pago: información de contacto

Teléfono	1-800-656-8991 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.
-----------------	---

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

TTY	711 Este número requiere 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).
Fax	1-480-760-4708
Correo	Health Choice Pathway Attn: Reimbursement Services P.O. Box 52033 Phoenix, AZ 85072
Sitio web	azblue.com/hcpathway

SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de 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 (CMS, por sus siglas en inglés). Este organismo tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Medicare: información de contacto

Teléfono	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone .
Correo	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

Sitio web	<u>www.medicare.gov</u> • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluyendo cuánto cuestan y qué servicios ofrecen. • Busque médicos que participen en Medicare u otros proveedores de atención médica. • Averigüe qué cubre Medicare, incluyendo servicios preventivos (como • exámenes de detección, inyecciones o vacunas y consultas anuales de "bienestar"). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención que brindan los planes, las residencias de convalecencia, los hospitales, los médicos, las agencias de atención médica a domicilio, los centros de diálisis, los centros de cuidados paliativos, los centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y los hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede consultar <u>www.Medicare.gov</u> para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Health Choice Pathway (HMO D-SNP). Para presentar una queja a Medicare, vaya a <u>www.Medicare.gov/my/medicare-complaint</u>. Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.
------------------	---

SECCIÓN 3: Programa Estatal de Asistencia con los Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés)

El Programa Estatal de Asistencia con los Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en todos los estados que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En Arizona, el SHIP se denomina Programa Estatal de Asistencia con los Seguros de Salud de Arizona (SHIP de Arizona).

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

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 ayudarle 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 ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare y ayudarle a conocer sus opciones de planes de Medicare y responder a sus preguntas sobre el cambio de planes.

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

Teléfono	1-800-432-4040
TTY	711
	Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
Correo	División de tercera edad y servicios para adultos mayores de Arizona
	Departamento de Seguridad Económica (DES, por sus siglas en inglés)
	1789 W Jefferson St (Código del sitio 950A)
	Phoenix, AZ 85007
Sitio web	https://des.az.gov/services/older-adults/medicare-assistance

SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés)

Una Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO) presta servicios a las personas con Medicare en cada estado. En Arizona, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se llama Commence Health.

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

Comuníquese con Commence Health en cualquiera de estas situaciones:

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención médica que recibió. Algunos ejemplos de problemas relacionados con la calidad de la atención incluyen recibir el medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Considera que su cobertura por hospitalización finalizará demasiado pronto.
- Considera que la cobertura de sus servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) finalizará demasiado pronto.

Livanta, LLC (Organización de Mejoramiento de la Calidad en Arizona): información de contacto

Teléfono	1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
Correo	Programa BFCC-QIO Commence Health P.O. Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
Sitio web	https://www.livantaqio.com/en/states/arizona

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y gestiona la inscripción en Medicare. 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, comuníquese con el Seguro Social para informarles.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Seguro Social: información de contacto**

Teléfono	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Utilice los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 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 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes.
Sitio web	<u>www.SSA.gov</u>

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 ayuda que recibe de Medicaid, comuníquese con AHCCCS (Medicaid).

Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) - (Programa Medicaid de Arizona): información de contacto

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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

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 un reclamo o apelación sobre nuestro plan.

Defensoría ciudadana para el Programa de Defensor del Cliente del Estado de Arizona: información de contacto

Teléfono	602-277-7292 Abierto de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. excepto los días festivos estatales.
Correo	Defensor del pueblo: asistente del ciudadano 2020 N Central Ave., Suite 570 Phoenix, AZ 85004
Sitio web	www.azoca.gov

El defensor de atención a largo plazo de Arizona ayuda a las personas a obtener información sobre las residencias de convalecencia y a resolver problemas entre las residencias de convalecencia y los residentes o sus familias.

Defensor de atención a largo plazo de Arizona: información de contacto

Teléfono	602-542-6454 Area Agency on Aging, condado de Maricopa, 602-264-4357 Northern Arizona Council on Aging, condados de Yavapai, Coconino, Navajo y Apache 1-877-521-3500 Western Arizona Council on Aging, condados de Mohave, La Paz y Yuma 928-217-7114 Central Arizona Aging, condados de Pinal y Gila, 520-836-2758 Southeastern Arizona Governments Organization, condados de Cochise, Graham, Greenlee y Santa Cruz, 520-432-2528 Navajo Area Agency on Aging, Nación Navajo 602-542-6454 o 602-542-6432 21 Naciones Tribales, Consejo Intertribal de Arizona, 1-800-591-9370 Abierto de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. excepto los días festivos estatales.
-----------------	--

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

Correo	Oficina del programa estatal de Arizona del defensor de atención a largo plazo División de tercera edad y servicios para adultos mayores 1789 W Jefferson Street, Mail Drop 6288 Phoenix, AZ 85007
Sitio web	https://des.az.gov/services/older-adults/long-term-care-ombudsman

SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados

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

Ayuda adicional de Medicare

Debido a que usted es elegible para Medicaid, califica y recibe ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados.

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**.
- 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**.
- La oficina estatal de Medicaid al **1-855-HEA-PLUS (1-855-432-7587)**.

Si cree que está pagando un monto incorrecto por su medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso para ayudarlo a obtener evidencia del monto de copago correcto. Si ya tiene pruebas del monto correcto, podemos ayudarlo a compartir estas pruebas con nosotros.

- Si usted, su farmacéutico, su defensor, representante, un familiar o cualquier persona que actúe en su nombre necesitan enviar información, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY llaman al **711**). Los documentos de respaldo pueden enviarse por fax al **480-760-4635**, Attn: Medicare Operations – Best Available Evidence, o enviarse por correo a:

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

Health Choice Pathway

Attn: Medicare Operations – Best Available Evidence

P.O. Box 52033, Phoenix AZ 85072

- Cuando recibamos la evidencia que muestre el nivel correcto de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto correcto de copago cuando obtenga su próxima receta. Si paga en exceso su copago, le devolveremos el dinero, ya sea con cheque o con un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene una deuda con ella, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) si tiene preguntas.

¿Qué pasa si usted cuenta con ayuda adicional y cobertura de un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés)?

El programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos vitales. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP reúnen los requisitos para la ayuda de costos compartidos de medicamentos recetados a través del Departamento de Servicios de Salud (ADHS, por sus siglas en inglés). En Arizona, el Departamento de Servicios de Salud (ADHS) administra el ADAP.

Nota: para ser elegible para el ADAP 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, notifique a su trabajador local de inscripción del ADAP para que pueda seguir recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Departamento de Servicios de Salud (ADHS) al **1-602-364-3610** o al **1-800-334-1540**.

Plan de pagos de los medicamentos recetados de Medicare

El plan de pagos de los medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan al dividirlos en **el año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o con un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pagos. **Esta opción de pago puede ayudarle a gestionar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce el**

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

costo de sus medicamentos. Si participa en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026. La ayuda adicional de Medicare y la ayuda de su programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP) y ADAP, para quienes reúnan los requisitos, es más ventajosa que participar en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Para saber más sobre esta opción de pagos, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o consulte www.Medicare.gov.

El plan de pagos de los medicamentos recetados de Medicare: información de contacto

Teléfono	1-800-656-8991 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). Servicios para Miembros al 1-800-656-8991 (usuarios de TTY llamen al 711) también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere 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).
Correo	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
Sitio web	azblue.com/hcpathway

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB, sigla en inglés)

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios es un organismo federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios y sus familias a nivel nacional. Si usted recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, infórmeles si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese con el organismo.

Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB): información de contacto

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

SECCIÓN 9 Obtenga ayuda del área para el envejecimiento de Arizona

La 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.

Agencia de Área para el Envejecimiento de Arizona: información de contacto

Teléfono	602-264-2255 (condado de Maricopa) 520-836-2758 o 1-800-293-9393 (condado de Pinal y Gila) 1-877-521- 3500 (condados de Apache, Navajo, Coconino y Yavapai) 928-213-5215 (área local de Flagstaff) 928-753-6247 (condado de Mohave)
Sitio web	https://des.az.gov/services/older-adults/area-agency-on-aging-locations

CAPÍTULO 3:

Usar nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre el uso de nuestro plan para recibir atención médica y otros servicios cubiertos. Para obtener más información sobre la atención médica y otros servicios que cubre nuestro plan, consulte la tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y los servicios cubiertos

- **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 otros centros de atención médica.
- **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago como pago total. Hicimos 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 de atención médica, 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 beneficios médicos del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se tratan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para la cobertura de su atención médica y otros servicios por parte de nuestro plan

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.

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

Generalmente, Health Choice Pathway siempre cubrirá su atención médica en los siguientes casos:

- **La atención que recibe está incluida en la tabla de beneficios médicos de nuestro plan,** en el Capítulo 4.
- **La atención médica que recibe se considera 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.
- **Tiene un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) de la red que le proporciona atención médica y supervisa su salud.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (consulte la Sección 2.1 para obtener más información).
 - En algunas situaciones, nuestro plan debe darle aprobación por adelantado (una remisión) antes de que pueda usar otros proveedores en la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
 - No necesita remisiones de su PCP para atención de emergencia o servicios necesarios de emergencia. Para conocer otros tipos de atención que puede obtener sin aprobación previa de su PCP, vaya a la Sección 2.2.
- **Debe recibir su atención de un proveedor de la red** (vea la Sección 2). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que usted tendrá que pagarle al proveedor el monto total por los servicios que reciba. Aquí hay 3 excepciones:
 - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para más información, y para ver qué servicios de emergencia o de urgencia están cubiertos, vaya a la Sección 3.
 - Si necesita recibir atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que la presten, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que paga normalmente dentro de la red. Es posible que necesite obtener una autorización previa de 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.
 - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor para este servicio no esté disponible o sea inaccesible temporalmente. El costo compartido que paga

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

nuestro plan por diálisis nunca puede ser más alto que el costo compartido en Original Medicare. Si está fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede ser más alto que el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual dentro de la red para diálisis no está disponible temporalmente y elige recibir servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido por la diálisis puede ser más alto.

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

Sección 2.1 Debe elegir un médico de atención primaria (PCP) para que le proporcione atención médica y supervise su atención**¿Qué es un PCP y qué hace por usted?**

- Un médico de atención primaria (PCP) es un profesional de la salud que usted elige para atender sus necesidades básicas de salud. Su PCP debe cumplir con los requisitos de licencia del estado de Arizona y ser parte de la red de nuestro plan.
- Los tipos de proveedores que pueden actuar como PCP incluyen los siguientes:
 - Médicos (MD)
 - Doctores en osteopatía (DO)
 - Personal de enfermería practicante (NP)
 - Asistentes médicos (PA), que trabajan con un médico supervisor
- Su PCP es su principal punto de contacto para la atención médica y ayuda a coordinar los servicios que recibe a través de Medicare.
- Su PCP es responsable de lo siguiente:
 - Brindar cuidados de rutina, como chequeos y exámenes preventivos.
 - Manejo de enfermedades crónicas.
 - Referirlo a especialistas y otros proveedores de nuestra red.
 - Coordinar sus servicios cubiertos a través de Medicare.
 - Trabajar con la administración de la atención para garantizar que su atención cumpla con sus objetivos de salud.

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

- Los PCP ayudan a tomar decisiones sobre su atención, incluyendo si necesita servicios que puedan requerir autorizaciones previas (PA, por sus siglas en inglés) del plan.

Cómo elegir un PCP

Cuando se inscriba en nuestro plan, debe elegir un PCP de nuestra red. Puede encontrar una lista de los PCP disponibles en el directorio de proveedores y farmacias o en nuestro sitio web en **azblue.com/hcpathway**.

Si no elige un PCP, podemos asignarle uno. Puede cambiar de PCP en cualquier momento llamando a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991**. Puede cambiar su PCP en cualquier momento llamando a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991**.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. También es posible que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan y usted necesite elegir un nuevo PCP. Si desea cambiar a un PCP diferente, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-656-8991 TTY: 711**. También puede encontrar una lista de PCP dentro de la red en nuestro directorio de proveedores y farmacias o en nuestro sitio web en **azblue.com/hcpathway**. En la mayoría de los casos, su nueva elección de PCP entrará en vigor y Servicios para Miembros le informará sobre la fecha efectiva del cambio. Si necesita que el cambio entre en vigor antes, infórmenos cuando llame y haremos lo posible para atender su solicitud. Es importante informar a Servicios para Miembros si actualmente está recibiendo servicios cubiertos que requieran la aprobación de su PCP, como servicios de atención médica a domicilio o equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés). Servicios para Miembros ayudará a asegurar que su atención especializada en curso y otros servicios cubiertos continúen sin interrupción cuando cambie de PCP. También verificarán si el PCP al que desea cambiar está aceptando nuevos pacientes en ese momento.

Sección 2.2 Atención médica y otros servicios que puede obtener sin una remisión del PCP

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 reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía.
- Servicios de emergencia de proveedores dentro o fuera de la red.

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

- Los servicios de atención urgente cubiertos por el plan son aquellos que requieren atención médica inmediata (pero no son una emergencia) si está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, recibir este servicio de los proveedores 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. Las consultas 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 de nuestro plan. Si es posible, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (usuarios de TTY llamen al **711**) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras esté fuera.
- Health Choice Pathway cubre servicios de la vista y audición que no están provistos por Original Medicare.
- Los servicios de médicos especialistas solo requieren autorización previa para el manejo del dolor.

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

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

- 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.
- Si su médico de atención primaria (PCP) le sugiere ver a un especialista, algunos servicios pueden requerir autorización previa. Generalmente, nuestro plan decide si se necesita aprobación, y su PCP le ayudará a obtenerla. Puede encontrar una lista completa de los servicios que requieren aprobación en el Capítulo 4, Sección 2.1.
- Para la mayoría de los especialistas, excepto en el tratamiento del dolor, no necesita autorización previa ni una remisión. Sin embargo, su PCP está disponible para ayudarlo a elegir el especialista adecuado y coordinar su atención.
- Cuando elija un PCP, querrá ver especialistas y hospitales que formen parte de la red de su PCP. Para encontrar un especialista en la red de Health Choice Pathway, consulte **azblue.com/hcpathway**, haga clic en “Buscar un médico/farmacia” en la parte superior o consulte el directorio de proveedores.

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

Es posible que necesite obtener la aprobación de Health Choice Pathway, denominada decisión de cobertura favorable, antes de consultar a un especialista que no forma parte de la red del plan o antes de poder realizar ciertos procedimientos médicos. Este proceso se conoce como autorización previa. Si consulta a un especialista fuera de la red o recibe un servicio sin autorización previa, es posible que tenga que pagar el costo total usted mismo. Si su proveedor cree que se necesita una autorización previa, enviará una solicitud a nuestro plan. Generalmente, revisamos estas solicitudes en pocos días hábiles. Su proveedor o su PCP le informarán si la solicitud fue aprobada. Si se rechaza, le enviaremos un aviso con el motivo y le explicaremos sus derechos y cómo presentar una apelación.

Consulte la tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener una lista detallada de los servicios 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 cambia su PCP, su acceso a ciertos especialistas u hospitales puede verse afectado, dependiendo de la remisión y de las relaciones de red asociadas con su nuevo PCP.

El personal de autorizaciones previas está disponible de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. llamando a Health Choice Pathway al **1-800-656-8991 TTY 711**. Los mensajes recibidos fuera del horario laboral se devolverán el siguiente día laborable. Los mensajes recibidos después de la medianoche de lunes a viernes se responderán el mismo día hábil.

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

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

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que usted tenga 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 consultó a ese proveedor en los últimos 3 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 lo consultó en los últimos 3 meses.

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

- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para continuar con su atención.
- Si está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar recibiendo la atención o terapias médicamente necesarias. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.
- Le daremos información sobre los periodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor de la red o un beneficio no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas, organizaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores al mismo costo compartido que dentro de la red. Se requerirá autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista está dejando nuestro plan, contáctenos para que podamos ayudarlo a elegir 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 a la QIO, un reclamo sobre la calidad de la atención al plan, o ambos (consulte el Capítulo 9).

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Debe recibir su atención de los proveedores en la red de Health Choice Pathway. En la mayoría de los casos, los servicios de proveedores fuera de nuestra red (proveedores fuera de la red) no suelen estar cubiertos, a menos que se apliquen ciertas excepciones.

Estas son tres excepciones en las que la atención de un proveedor fuera de la red puede estar cubierta:

1. Atención de emergencia o atención de urgencia necesaria

El plan cubre la atención de emergencia o la atención necesaria de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red cuando no pueda comunicarse con un proveedor de la red. Para más información, incluidas las definiciones de atención de emergencia y atención necesaria de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.

2. Atención no disponible en nuestra red

Si un servicio que necesita debe estar cubierto por Medicare o AHCCCS (Medicaid) y ningún proveedor de la red ofrece esta atención, puede obtener el servicio de un proveedor fuera de

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

la red. Sin embargo, es necesario obtener una autorización, también conocida como decisión de cobertura, para los proveedores fuera de la red, pero primero debe obtener la aprobación (denominada decisión de cobertura). Usted y su proveedor deben comunicarse con el plan para obtener la autorización antes de recibir el servicio. Si se aprueba, cubriremos el servicio como si se proporcionara dentro de la red. Para más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, consulte el Capítulo 9 (Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)) para obtener información sobre qué hacer si desea obtener una autorización (una decisión de cobertura) de nuestra parte.

3. Diálisis renal cuando está fuera

Si se encuentra temporalmente fuera de nuestra área de servicio, puede recibir diálisis en cualquier centro de diálisis certificado por Medicare.

Si está fuera del área de servicio

Si está viajando o se mudó fuera del área de servicio de Health Choice Pathway y necesita atención de emergencia, vaya a la sala de emergencias más cercana. Para necesidades que no sean de emergencia, póngase en contacto con nosotros para obtener ayuda.

Consultar a un proveedor fuera de la red

Consultar a un proveedor fuera de la red Health Choice Pathway tiene una amplia red de proveedores para satisfacer sus necesidades de atención médica. Puede buscar proveedores en nuestro sitio web en **azblue.com/hcpathway** o llamar a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991 TTY 711** para recibir ayuda. Si cree que necesita consultar a un proveedor que no está en nuestra red, llámenos primero o hable con su PCP. En caso de emergencia, obtenga siempre la atención que necesita, ya sea que el proveedor esté en nuestra red o no.

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

Sección 3.1 Recibir atención si tiene una emergencia médica

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 médica que empeora rápidamente.

En caso de tener una emergencia médica haga lo siguiente:

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

- **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 obtenga primero una aprobación o una remisión de su PCP. No es necesario que recurra a un médico de la red. Puede obtener asistencia médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una 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 Health Choice Pathway se encuentra en la contraportada de este folleto y también en el anverso de la tarjeta de membresía del plan.

Servicios cubiertos en caso de emergencia médica

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

Los médicos que le proporcionan atención de emergencia decidirán cuándo su condición es estable y cuándo la emergencia médica ha terminado. Puede obtener cobertura de atención médica de emergencia siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. No tiene cobertura fuera de Estados Unidos, salvo en circunstancias limitadas.

Una vez que haya pasado la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su afección continúa estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para atención adicional. 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 afección médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué sucede si no fue una emergencia médica?

A veces, puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, 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.

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

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

- Acude a un proveedor de la red para recibir atención adicional.
- La atención adicional que recibe se considera servicios necesarios de urgencia y sigue las reglas descritas a continuación para obtener esta atención.

Sección 3.2 Recibir atención cuando necesita servicios de urgencia

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

En situaciones en las que los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se los pueda contactar, los miembros pueden recibir atención de urgencia en cualquier centro de atención de urgencias disponible. Para encontrar un proveedor de atención de urgencias de la red, consulte su directorio de proveedores. También puede consultar **azblue.com/hcpath** y seleccionar "Buscar un médico" o llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda.

Se recomienda que reciba los servicios necesarios de urgencia de proveedores de la red siempre que sea posible. Sin embargo, si los proveedores de la red no están disponibles temporalmente y no es razonable esperar la atención, cubriremos los servicios necesarios 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 que reciba fuera de Estados Unidos y sus territorios.

Sección 3.3 Recibir atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de salud y servicios humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted aún tiene derecho a recibir atención médica de nuestro plan.

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

Consulte [azblue.com/hcpathway](https://www.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, nuestro 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 el Capítulo 5, Sección 2.5.

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

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

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

Health Choice Pathway cubre todos los servicios necesarios desde el punto de vista médico que figuran en la tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Usted es responsable del costo total de cualquier servicio que no esté cubierto por el plan. Esto puede incluir servicios que no forman parte de los beneficios cubiertos del plan o servicios recibidos de proveedores fuera de la red sin la autorización necesaria. Antes de pagar de su bolsillo, le recomendamos verificar si el servicio está cubierto por AHCCCS (Medicaid).

Si tiene preguntas sobre si un servicio médico o una atención que está considerando está cubierta, tiene derecho a pedirnos esta información antes de recibir el servicio. También puede solicitar que le proporcionemos esta información por escrito. Si le informamos que un servicio no está cubierto, usted tiene derecho a no estar de acuerdo con nuestra decisión y presentar una apelación.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de agotar su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Los costos que usted paga después de alcanzar un límite de beneficios no se toman en cuenta para su máximo de bolsillo. Por ejemplo, si continúa recibiendo atención en un centro de enfermería especializada después de que el plan haya pagado hasta el límite de beneficios, es posible que usted sea responsable del costo total de cualquier atención adicional. Estos costos no se aplicarán a su máximo de bolsillo anual. Para saber cuánto utilizó de su límite de beneficios, puede llamar a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también llamado *ensayo clínico*) es una 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 normalmente buscan voluntarios para participar en el estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención médica (atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

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, solo 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 Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá presentar documentación que nos demuestre cuánto ha pagado.

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 nuestro plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED) y de exención de dispositivos en investigación (IDE, por sus siglas en inglés). Estos beneficios también pueden estar sujetos a una autorización previa y a otras reglas del plan).

Aunque no necesita permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos notificarnos con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

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

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

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

- Habitación y comida durante la estancia hospitalaria, 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.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones derivados de la nueva atención médica.

Después de que Medicare pague su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará lo mismo por los servicios que reciba como parte del estudio que pagaría si recibiera estos servicios a través de nuestro plan. No obstante, debe presentar la documentación que demuestre la cuantía de los costos compartidos que abonó. Vaya al Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

Ejemplo de costos compartidos en un ensayo clínico: Supongamos que usted se realiza una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación clínica. Su parte de los costos de esta prueba es de \$20 según Original Medicare, pero según nuestro plan su parte de los costos de la prueba sería de \$10. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría el copago de \$20 que exige Original Medicare. Deberá notificar a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico cualificado y presentar documentación (como una factura del proveedor) a nuestro plan. Nuestro plan entonces le pagaría directamente \$10. Esto hace que su pago neto por la prueba sea \$10, la misma cantidad que pagaría bajo los beneficios de nuestro plan.

Cuando usted participa de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán por 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.
- Artículos o servicios proporcionados solo para recopilar datos y que no se utilizan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas (CT, por sus siglas en inglés) mensuales que se realicen como parte del estudio clínico si su afección médica normalmente requeriría solo una CT.
- Artículos y servicios proporcionados de forma gratuita por los patrocinadores de la investigación para las personas en el ensayo.

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

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare *Medicare and Clinical Research Studies*, disponible en www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY llaman al **1-877-486-2048**.

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

Sección 6.1 Una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud

Una institución religiosa no médica para el 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 en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, en su lugar cubriremos la atención en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud. Este beneficio se provee únicamente para servicios de internación de la Parte A (servicios de atención que no sean médicos).

Sección 6.2 Cómo recibir atención de una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud

Para recibir atención en una institución religiosa no médica para el 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 las leyes federales, estatales o locales.

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

- El centro que provee la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos *no religiosos* de la atención.

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

- Si recibe servicios de esta institución provistos en un centro, se deben cumplir con las siguientes condiciones:
 - 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.
 - Debe obtener aprobación previa por parte de nuestro plan antes de ingresar al centro; de lo contrario, su internación no estará cubierta.

No restringimos el acceso a los servicios basándonos en principios morales o religiosos. Esto incluye servicios de asesoramiento o remisión. Si un proveedor se rehúsa a brindar servicios por considerarlos objetables debido a motivos morales o religiosos, lo ayudaremos a acceder a otro proveedor que esté dispuesto a prestar estos servicios. Para recibir ayuda, comuníquese con Servicios para Miembros.

SECCIÓN 7 Normas sobre la propiedad del equipo médico duradero

Sección 7.1 Usted no será propietario de algunos equipos médicos duraderos después de realizar cierto número de pagos según nuestro plan

El equipo médico duradero (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 que los miembros los utilicen en su hogar. El miembro siempre es propietario de algunos artículos de DME, como las prótesis. Otros tipos de DME deben rentarse.

En Original Medicare, las personas que alquilan determinados tipos de DME se convierten en propietarios del equipo después de abonar los copagos por el artículo durante 13 meses.

Como miembro de Health Choice Pathway, en determinadas circunstancias, le transferiremos la propiedad del DME. Otros artículos como el oxígeno, las bombas de infusión, los dispositivos de compresión y algunas sillas de ruedas seguirán siendo de alquiler mientras dure su uso. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener más información.

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

Si no obtuvo la propiedad del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que hacer 13 pagos nuevos y consecutivos después de cambiarse a Original Medicare para convertirse en propietario del artículo de DME. Los pagos que hicimos mientras estaba inscrito en nuestro plan no se toman en cuenta para estos 13 pagos.

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 Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan. Tendrá que realizar 13 pagos a nuestro plan antes de convertirse en propietario del artículo.

Ejemplo 2: Realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras estuvo en nuestro plan. Luego regresa a Original Medicare. Tendrá que hacer 13 pagos consecutivos nuevos para convertirse en propietario del artículo una vez que vuelva a unirse a Original Medicare. Cualquier pago que ya haya hecho (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuenta.

Sección 7.2 Normas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

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

- Renta del equipo de oxígeno.
- Entrega de oxígeno y de su contenido.
- Tubos y accesorios relacionados para la entrega de oxígeno y de su contenido.
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno.

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

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

Original Medicare exige que un proveedor de oxígeno le preste sus servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted renta el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor brinda el equipo y el mantenimiento (usted aún es responsable del copago por oxígeno). Después de 5 años, puede elegir quedarse con la misma compañía o cambiar a otra compañía. Llegado este punto, el ciclo de 5 años vuelve a empezar, incluso si permanece en la misma compañía, y se le exigirá nuevamente pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o abandona nuestro plan, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto)

SECCIÓN 1 Entender los servicios cubiertos

El cuadro de beneficios médicos enumera sus servicios cubiertos como miembro de Health Choice Pathway. Esta sección también brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites de ciertos servicios.

Sección 1.1 Usted no paga nada por sus servicios cubiertos

Debido a que recibe ayuda de Medicaid, usted no paga nada por sus servicios cubiertos siempre que siga las normas de nuestro plan para obtener su atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las normas de nuestros planes para recibir sus cuidados).

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

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de AHCCCS (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan alguna vez este monto máximo 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.

Los planes Medicare Advantage tienen límites en la cantidad que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina monto máximo de bolsillo (MOOP, por sus siglas en inglés) por servicios médicos. **Para el año calendario 2026, el monto de MOOP es de \$8,800.**

Los montos que debe pagar por copagos y coseguro por los servicios cubiertos se toman en cuenta para este monto máximo de bolsillo. Los montos que debe pagar por los medicamentos de la Parte D no se toman en cuenta para el monto máximo de bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no se toman en cuenta para el cálculo del monto máximo de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la tabla de beneficios médicas. Si usted alcanza el monto máximo de bolsillo de \$8,800, no deberá pagar ningún otro gasto de su bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Parte B. No obstante, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que AHCCCS [Medicaid] u otro tercero pague la prima de la Parte B).

SECCIÓN 2 La tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos

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

- 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 los medicamentos de la parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos miembros, su plan MA de atención coordinada debe proporcionar un 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 recibe 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 sea atención de emergencia o de urgencia, o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red le haya dado una remisión. Esto significa que usted le paga al proveedor el monto total por los servicios que reciba.
- Tiene un médico de atención primaria (PCP) que se encarga de sus cuidados y de supervisar la atención que recibe. En algunas situaciones, su PCP debe darle aprobación previa (una remisión) antes de que pueda consultar a otros proveedores en la red de nuestro plan.
- Algunos 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".

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

- También podemos cobrarle tarifas administrativas por las citas perdidas o por no pagar el costo compartido necesario en el momento del servicio. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (usuarios de TTY llamen al **711**) 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 costo compartido por servicios de Medicare. AHCCCS (Medicaid) también cubre servicios que Medicare no cubre, como servicios en el hogar y en la comunidad.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Para saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2026*. Consúltelo en línea en www.Medicare.gov o solicite una copia llamando al teléfono **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**).
- En el caso de los servicios médicos preventivos que están cubiertos sin costo conforme a Original Medicare, también cubrimos esos servicios sin costo alguno para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o control por una afección médica existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para la afección médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura para nuevos servicios durante 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra dentro del periodo de 6 meses de elegibilidad continua considerada de nuestro plan, continuaremos brindando todos los beneficios de Medicare Advantage cubiertos por Medicare. 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 los beneficios básicos y suplementarios no cambian durante este periodo.

Si es elegible para ayuda con el costo compartido de Medicare bajo AHCCCS (Medicaid), no paga nada por los servicios enumerados en la tabla de beneficios médicos, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Información importante de beneficios para personas que califican para la ayuda adicional:

- Si recibe ayuda adicional para pagar los costos de su cobertura de medicamentos de Medicare, puede ser elegible para otros beneficios suplementarios específicos o reducción específica del costo compartido.

Información importante de beneficios para inscritos con afecciones crónicas

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

- Si le diagnostican alguna de las siguientes afecciones crónicas y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas:
 - Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés).
 - Trastornos cardiovasculares.
 - Insuficiencia cardíaca crónica.
 - Diabetes mellitus.
 - Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico.
 - Enfermedad gastrointestinal crónica.
 - Trastornos pulmonares crónicos.
 - Trastornos mentales crónicos e incapacitantes.
 - Afecciones crónicas que afectan la vista, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato.
 - Afecciones que requieren servicios continuos de terapia para que la persona mantenga o recupere su funcionamiento.
- Para más detalles, consulte la fila *beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos* en la tabla de beneficios médicos a continuación.
- Contáctenos para averiguar exactamente a qué beneficios puede tener derecho.



Esta manzana indica los servicios preventivos en la tabla de beneficios médicos.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección única para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre este examen si tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión para el mismo de su médico, asistente médico, personal de enfermería practicante o personal de enfermería especialista en enfermería clínica.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Se cubren hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias:	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación) Para este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • Un dolor que dura 12 semanas o más. • Un dolor inespecífico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • Un dolor no asociado con una cirugía. • Un dolor no asociado con el embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para pacientes que demuestren 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 (según lo definido en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social) pueden brindar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), el personal de enfermería practicante (NP)/especialista 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 lo siguiente: • 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, por sus siglas en inglés). • 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. 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.	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos (ya sea en una situación de emergencia o no) 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 nuestro 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.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare. Se aplica costo compartido para viajes de ida. Es posible que se requiera autorización previa para transporte que no sea de emergencia.
 Consulta anual de bienestar Si tiene la Parte B desde hace más de 12 meses, puede obtener una consulta anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de su salud actual y sus factores de riesgo. Esto está cubierto una vez cada 12 meses. Nota: Su primera consulta anual de bienestar 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de bienestar cubierta por Medicare.
Examen físico de rutina anual (suplementario)* El examen físico de rutina anual 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 consulta de bienestar anual cubierta por Medicare y a la consulta preventiva de bienvenida a Medicare.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios del examen físico de rutina anual.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Examen físico de rutina anual (suplementario)* (continuación) Puede programar su examen físico de rutina anual una vez cada año calendario. Los análisis de laboratorio preventivos, exámenes de detección o pruebas de diagnóstico recibidos durante esta consulta están sujetos a su cobertura de pruebas de laboratorio y diagnóstico. Para más información, consulte "Pruebas diagnósticas ambulatorias y servicios y suministros terapéuticos".	
 Mediciones de masa ósea 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.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mediciones de masa ósea cubierta por Medicare.
 Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Un examen clínico de mamas cada 24 meses.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca 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. Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que, por lo general, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Consulta para reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para enfermedades cardiovasculares) 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.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares.
 Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares 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).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que están cubiertas una vez cada 5 años.
 Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • 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.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para prueba de Papanicolaou y exámenes pélvicos de prevención cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir la evaluación del dolor, la administración de medicamentos y la coordinación y planificación de la atención.	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico cubiertos por Medicare. Los costos compartidos de este servicio variarán según los servicios individuales proporcionados durante el tratamiento.
 Examen de detección de cáncer colorrectal Están cubiertas las siguientes pruebas de detección: - La colonoscopia no tiene limitación de edad mínima o máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no están en alto riesgo, o cada 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para 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 detección previa. - Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no corren un riesgo alto de cáncer colorrectal y está cubierta cuando han transcurrido al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para pacientes de alto riesgo, el pago puede realizarse por una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de al menos 23 meses desde la última colonografía por tomografía computarizada o colonoscopia de detección.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Examen de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para pacientes que no son de alto riesgo después de una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 12 meses. • ADN multiobjetivo en heces para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • 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. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de una prueba no invasiva de heces cubierta por Medicare que resulte positiva. • Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible planificada o una colonoscopia de detección, que implica la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento realizado en relación con, como resultado de, y en el mismo encuentro clínico que la prueba de detección.	
Servicios dentales 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 por servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica principal de una persona. 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 órganos. Además, cubrimos lo siguiente:	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios dentales cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios dentales de rutina (suplementario)* Además, nuestro plan cubre los siguientes servicios dentales suplementarios (es decir, de rutina): Servicios dentales diagnósticos y preventivos, que incluyen lo siguiente: • Un tratamiento con flúor, una vez al año. • Dos exámenes bucales al año, dos cada año. • Dos servicios de profilaxis (limpiezas) cada año, uno cada 6 meses. • Dos radiografías dentales por año, que pueden consistir en lo siguiente: ○ Radiografías de aleta de mordida. ○ Un conjunto completo, también conocido como conjunto completo de radiografías (FMX) o radiografía panorámica. Solo se permite una radiografía completa/panorámica cada 36 meses. Servicios dentales integrales, que incluyen lo siguiente: • Servicios de restauración (es decir, coronas, empastes, puentes para reemplazar un diente). • Servicios de endodoncia. • Servicios de periodoncia. • Cirugía oral y maxilofacial, incluyendo servicios de extracción. • Dentaduras postizas. ○ Con cobertura una vez cada cinco años. ○ Hasta cuatro ajustes por año. No cubiertos: • Prostodoncia (incluyendo restauración dental y facial con fines estéticos, implantes dentales y procedimientos restaurativos de la articulación temporomandibular). Antes de recibir servicios dentales de rutina, se recomienda que consulte con un dentista de la red del plan para revisar sus opciones de tratamiento. Para estar cubierto, el tratamiento debe iniciarse y completarse dentro del mismo año del plan.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para servicios dentales diagnósticos y preventivos y servicios dentales integrales (suplementarios). Beneficio combinado máximo de \$3,500 por año calendario para servicios dentales de diagnóstico y prevención y servicios dentales integrales.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios dentales de rutina (suplementario)* (continuación) Usted es responsable de todos los costos asociados con los servicios dentales que no estén cubiertos por el plan. Los servicios dentales suplementarios solo son elegibles para la cobertura cuando los recibe de un proveedor de la red. Para obtener ayuda para encontrar un proveedor, presentar una reclamación, revisar una lista de servicios cubiertos u obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o consulte nuestro sitio web en azblue.com/hcpathway.	
 Examen de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. El examen de detección debe hacerse en un entorno de atención médica primaria que provea tratamientos de seguimiento o remisiones.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de examen de detección de depresión.
 Examen de detección de diabetes 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 estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Puede optar a un máximo de 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de diabetes cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios para diabéticos y suministros Para todas las personas con diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para controlar la glucosa en la sangre: medidores de glucosa en la sangre, tiras reactivas de glucosa en la sangre, dispositivos de lancetas y lancetas y soluciones para el control de la glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los medidores. • Para personas diabéticas con enfermedad grave del pie diabético: un par de zapatos ortopédicos a medida por año calendario (incluidas las plantillas provistas con el calzado) y 2 pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y 3 pares de plantillas (sin incluir las plantillas desmontables no hechas a medida provistas con este calzado). La cobertura incluye la adaptación a medida. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la capacitación en autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare. \$0 de copago o 20% de coseguro para servicios y suministros diabéticos cubiertos por Medicare, incluidos los zapatos o plantillas terapéuticas para diabéticos. Si califica para la asistencia para los costos compartidos de Medicare mediante AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0. Puede ser necesaria una autorización previa para las bombas de insulina.
Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados (Para una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3) Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para la diabetes, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular,	Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es de un copago de \$0, cada mes. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito por 36 meses. Si realizó 36 meses de pagos de renta por la cobertura de equipos de oxígeno antes de inscribirse en Health Choice Pathway, su costo compartido en Health

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados (continuación) puede preguntarle si pueden hacer un pedido especial para usted. Generalmente, 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. Si es nuevo en Health Choice Pathway y usa una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos cubriendo esa marca durante hasta 90 días. Durante este tiempo, debe consultar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada después de este periodo de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo remita para una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es apropiado para su afección médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9)	Choice Pathway es un copago de \$0. Es posible que se requiera autorización previa.
Atención médica de emergencia La atención médica de emergencia se refiere a los servicios que: • Son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que 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 médica que empeora rápidamente.	No hay coseguro, copago ni deducible para las visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare. Si es admitido al hospital dentro de los 3 días por la misma condición, usted paga \$0 por la consulta a la sala de emergencias. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención médica de emergencia (continuación) El costo compartido por servicios de emergencia necesarios que reciba fuera de la red es el mismo que cuando recibe estos servicios dentro de la red. Disponible solo dentro de los Estados Unidos. Medicare cubre los servicios de emergencia en países extranjeros solo en circunstancias excepcionales.	después de que su condición de emergencia se estabilice, debe trasladarse a un hospital dentro de la red para que su atención continúe estando cubierta o debe tener su atención hospitalaria en el hospital fuera de la red autorizada por nuestro plan. En ese caso, su costo será el costo compartido más alto que pagaría en un hospital dentro de la red.
Programa de acondicionamiento físico (suplementario)* Incluye acceso a centros de acondicionamiento físico y kits para el hogar. Los miembros pueden elegir una de las siguientes opciones de kits para el hogar (incluye la guía de inicio rápido con sugerencias de ejercicios e información sobre SilverSneakers): • Podómetro para contar los pasos diarios. • Pelota SilverSneakers. • Banda de resistencia. • Correa para Yoga. • Inspire 3 Fitbit. SilverSneakers puede ayudarlo a tener una vida más saludable y activa mediante el acondicionamiento físico y las relaciones sociales. Está cubierto para un beneficio de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers en ubicaciones participantes,¹ donde puede tomar clases² y usar equipo de ejercicio y otras comodidades, sin costo adicional para usted. Inscribese en tantas ubicaciones como desee, en cualquier momento. 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	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Programa de acondicionamiento físico (suplementario)* (continuación) 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 y miles de clases para todos los intereses y capacidades. Active su cuenta gratuita en línea en SilverSneakers.com para ver su número de identificación (ID) de miembro de SilverSneakers y explorar todo lo que SilverSneakers tiene para ofrecer. Si tiene otras preguntas, visite SilverSneakers.com o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este (ET, por sus siglas en inglés). Siempre consulte con su médico antes de empezar un programa de ejercicio. 1. Las ubicaciones participantes (PL, por sus siglas en inglés) no son propiedad ni están operadas por Tivity Health, Inc. ni sus afiliadas. El uso de los servicios y las instalaciones de las PL está limitado por los términos y condiciones de la membresía básica de la PL en cuestión. Las instalaciones y los servicios varían por PL. No se garantiza la inclusión de PL específicos y la participación de PL puede variar según el plan de salud. 2. La membresía incluye las clases grupales de acondicionamiento físico dictadas por un instructor de SilverSneakers. Algunas ubicaciones ofrecen clases adicionales para los miembros. Las clases varían según la ubicación. Burnalong es una marca comercial registrada de Burnalong, Inc. SilverSneakers es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. © 2025 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de audición Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de audición cubiertos por Medicare.
Servicios de audición de rutina (suplementario)* Además, nuestro plan cubre los siguientes servicios de audición suplementarios (es decir, de rutina): • Un examen auditivo de rutina por año. • Adaptación y evaluación de audífonos sin límite cada año. • Hasta dos audífonos (uno por oído, cada 3 años). El beneficio se limita a los audífonos avanzados de la marca TruHearing, que vienen en varios estilos y colores, incluidos los modelos recargables. Debe consultar a un proveedor de TruHearing para usar este beneficio. Llame al 1-833-723-1154 para programar una cita (para TTY, marque 711). La compra de audífonos incluye lo siguiente: • Primer año de consultas de seguimiento con el proveedor. • periodo de prueba de 60 días. • Garantía extendida de 3 años. • 80 baterías por audífono para modelos no recargables. El beneficio no incluye ni cubre nada de lo siguiente: • Audífonos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés). • Moldes para los oídos. • Accesorios para audífonos. • Visitas adicionales al proveedor. • Baterías adicionales; baterías cuando se compra un audífono recargable.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de audición de rutina.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de audición de rutina (suplementario)* (continuación) • Audífonos que no sean audífonos avanzados de la marca TruHearing. • Costos asociados con los reclamos de garantía por pérdidas y daños. Los costos asociados con los artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan. Los siguientes servicios no están cubiertos bajo ninguna condición: Audífonos y consultas con el proveedor para solicitar audífonos de servicio (excepto según se describa específicamente en los beneficios cubiertos), audífonos de venta libre (OTC), moldes para los oídos, accesorios para audífonos, cargos por reclamos de garantía y baterías para audífonos (más allá de las 80 baterías gratis por cada audífono no recargable comprado).	
Ayuda con ciertas enfermedades crónicas • Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés). • Trastornos cardiovasculares. • Insuficiencia cardíaca crónica. • Diabetes mellitus. • Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico. • Enfermedad gastrointestinal crónica. • Trastornos pulmonares crónicos. • Trastornos mentales crónicos e incapacitantes. • Afecciones crónicas que afectan la vista, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato. • Afecciones que requieren servicios continuos de terapia para que la persona mantenga o recupere su funcionamiento.	Consulte los beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos en esta tabla.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Examen de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen mayor riesgo de una infección por VIH, cubrimos lo siguiente: • Un examen de detección cada 12 meses. Si está embarazada, cubrimos lo siguiente: • Hasta 3 exámenes de detección durante el embarazo.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen preventivo de detección del VIH cubierto por Medicare.
Agencias de atención médica a domicilio Antes de recibir servicios de atención médica a domicilio, 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: • Servicios de enfermería especializada y asistencia a domicilio a tiempo parcial o intermitente (para que estén cubiertos por la prestación de asistencia a domicilio, los servicios de enfermería especializada y asistencia a domicilio combinados deben sumar menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos.	No hay coseguro ni copago para los miembros elegibles para recibir los cuidados de una agencia de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera autorización previa.
Terapia de infusión en el hogar 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:	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de terapia de infusión en el hogar cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Terapia de infusión en el hogar (continuación) • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con nuestro plan de atención médica. • Capacitación y educación para pacientes que no estén cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero. • Control de manera remota. • Servicios de control para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar.	
Cuidados paliativos 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 atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos aquellos programas que poseemos, controlamos o en los que tengamos algún interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para el control de síntomas y el alivio de dolor. • Atención de relevo a corto plazo. • Cuidado a domicilio. Cuando ingresa en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si permanece en nuestro plan, debe seguir pagando las primas del plan. Para los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por las Partes A o B de Medicare relacionados con su pronóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos	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 Health Choice Pathway. No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de consulta de cuidados paliativos cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Cuidados paliativos (continuación) por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Original Medicare los servicios pagados por Original Medicare. Se le facturarán los costos compartidos de Original Medicare. Para servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no estén relacionados con su pronóstico terminal: Si necesita servicios cubiertos bajo la Parte A o B de Medicare que no estén relacionados con su pronóstico terminal y no son de emergencia ni urgentes, su costo dependerá de si usa un proveedor de nuestra red y sigue las normas del plan (como los requisitos de autorización previa). • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan, pagará únicamente el monto de costo compartido de nuestro plan. • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido de Medicare Original. Para servicios cubiertos por Health Choice Pathway, pero no cubiertos por la Parte A o B de Medicare: Health Choice Pathway continuará cubriendo los servicios incluidos en el plan que no estén cubiertos bajo la Parte A o B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el monto de costo compartido de nuestro plan por estos servicios. Para medicamentos que puedan estar cubiertos por los beneficios de la Parte D de nuestro plan: 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 Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4. Nota: si necesita atención que no sea de cuidados paliativos (atención que no esté relacionado con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Cuidados paliativos (continuación) Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (una sola vez) para una persona con enfermedad terminal que no haya elegido aún el beneficio de cuidados paliativos.	
 Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen los siguientes: • Vacunas contra la neumonía. • 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. • Vacuna contra la hepatitis B para pacientes de riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra la COVID-19. • Otras vacunas, si corre riesgo y estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos otras vacunas para adultos según nuestros beneficios de medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 8 para obtener información adicional.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, gripe/influenza, hepatitis B y COVID-19.
Atención hospitalaria para pacientes internados 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 a su alta médica es su último día como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios regulares de enfermería.	Usted paga \$0 por los días 1 a 90 de estancia hospitalaria por periodo de beneficios. Nuestra póliza también incluye la cobertura de 60 días de reserva vitalicia, los cuales son días adicionales que nosotros brindamos. Si su estancia hospitalaria supera los 90 días por periodo de beneficios,

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) • Costos de unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Fármacos y medicamentos. • Pruebas de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de quirófano y habitación de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios para pacientes internados por abuso de sustancias. • En ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-páncreas, 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 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 esta ubicación distante, coordinaremos o pagaremos los gastos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. • Sangre: incluyendo 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. • Servicios médicos	usted tiene la opción de utilizar estos días adicionales. Luego de utilizar estos 60 días adicionales, su cobertura para estancias hospitalarias como paciente internado se restringirá a 90 días por cada periodo de beneficios. Si recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de estabilizarse su condición de emergencia, su costo es el mayor costo compartido que pagaría en un hospital de la red. Es posible que se requiera autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) Nota: Para ser paciente hospitalizado, su proveedor debe emitir una orden formal de admisión como paciente internado del hospital. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es paciente internado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare sobre los beneficios hospitalarios de Medicare. Esta hoja está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY llaman al 1-877-486-2048.	
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren estancia hospitalaria.	Usted paga \$0 por los días 1 a 90 de estancia hospitalaria por periodo de beneficios. Nuestra póliza también incluye la cobertura de 60 días de reserva vitalicia, los cuales son días adicionales que nosotros brindamos. Si su estancia hospitalaria supera los 90 días por periodo de beneficios, usted tiene la opción de utilizar estos días adicionales. Luego de utilizar estos 60 días adicionales, su cobertura para estancias hospitalarias como paciente internado se restringirá a 90 días por cada periodo de beneficios. Si recibe

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico (continuación)	atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de estabilizarse su condición de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. Es posible que se requiera autorización previa.
Estancia hospitalaria: servicios cubiertos que recibe en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) durante una estancia hospitalaria no cubierta Si usted ya utilizó todos sus beneficios de hospitalización o si la estancia hospitalaria no es razonable ni necesaria, no cubriremos su estancia hospitalaria. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio). • Radioterapia con rayos X, radio e isótopos, incluidos los materiales y servicios técnicos. • Apósitos quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones. • 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 este; incluidos el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos.	No hay coseguro, copago ni deducible para estos servicios cubiertos por Medicare. 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). Es posible que se requiera autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Estancia hospitalaria: servicios cubiertos que recibe en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) durante una estancia hospitalaria no cubierta (continuación) - Férulas para pierna, brazo, espalda y cuello; bragueros, y prótesis artificiales de piernas, brazos y ojos, incluidas las adaptaciones, reparaciones y reemplazos requeridos por rotura, desgaste, pérdida o un cambio en la condición física del paciente. - Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.	
Beneficio de comidas (suplementario)* Este beneficio ofrece hasta un total de 56 comidas al año a los miembros que hayan sido dados de alta de un centro de hospitalización o que tengan una afección de salud crónica elegible. Este servicio apoya al miembro proporcionándole comidas nutritivas adaptadas a sus necesidades dietéticas específicas. Si cumple los requisitos, puede elegir opciones de comidas basadas en las necesidades dietéticas o indicadas en sus instrucciones de alta, como bienestar general, cardiosaludable, apta para diabéticos, sin gluten, apta para pacientes renales, purés y vegetariana. Comidas tras una hospitalización por un padecimiento agudo: 28 comidas por cada admisión Miembros recientemente dados de alta de un centro hospitalario (hospital, centro de enfermería especializada o rehabilitación para pacientes internados). Comidas para pacientes con afecciones crónicas: 28 comidas por cada admisión Los afiliados con una enfermedad crónica elegible que estén bajo administración de la atención pueden optar por recibir comidas saludables como parte de un programa supervisado para ayudar durante una modificación del estilo de vida saludable.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de beneficio de comidas. Es posible que se requiera autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Beneficio de comidas (suplementario)* (continuación) Las afecciones crónicas elegibles incluyen las siguientes: • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) • Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF, por sus siglas en inglés) • Diabetes (DM)	
 Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas diabéticas, con enfermedades renales (del riñón, pero que no estén en diálisis) o después de un trasplante de riñón, cuando sea ordenado por su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba servicios de terapia de 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.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.
 Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés) Los servicios de MDPP están cubiertos para las personas elegibles en 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.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare 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: • Medicamentos que usualmente no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o infunden mientras usted recibe servicios en el consultorio médico, hospital ambulatorio o centro de cirugía ambulatoria. • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos administrados por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por nuestro plan. • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi® (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. • Factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección, si tiene hemofilia. • Medicamentos de trasplante/inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos de 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 al momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de la Parte D cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si usted está confinado en casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento.	\$0 de copago o 20 % de coseguro para los medicamentos recetados de la Parte B cubiertos por Medicare que usted recibe en el consultorio médico o en la farmacia. Si califica para la asistencia para los costos compartidos de Medicare mediante AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0. Es posible que se requiera autorización previa. Los medicamentos cubiertos por el beneficio de la Parte B pueden estar sujetos a la terapia escalonada. La terapia escalonada para los medicamentos de la Parte B puede requerir un ensayo previo de un medicamento de la Parte B o de la Parte D. Usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • 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. • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral que, al ingerirse, se descompone en el mismo ingrediente activo presente en el medicamento inyectable). A medida que se aprueben nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B podrá cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, los cubre la Parte D. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre medicamentos orales contra las náuseas que usted use como parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o si se utilizan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) están cubiertos por la Parte B de Medicare. • Medicamentos calcimiméticos y aglutinantes de fosfato bajo el sistema de pago de la ESRD, incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluyendo heparina, el antídoto para la heparina cuando es médicamente necesario y anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina por inyección si tiene una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar anemia relacionada con ciertas condiciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetina Alfa, Aranesp®, Darbepoetina Alfa, Mircera® o Metoxipolietilenglicol-epoetina beta).	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) Este enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: azblue.com/hcpathway/providers/provider-information/ También cubrimos algunas vacunas bajo la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. En el Capítulo 5, se explican los beneficios de los medicamentos 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 de la Parte D a través de nuestro plan.	
Línea directa de enfermería (suplementario)* 1-888-267-9037 Acceso a personal de enfermería certificado las 24 horas del día, los 7 días de la semana	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de la línea directa de enfermería.
 Examen de detección de obesidad y tratamiento para promover la pérdida de peso constante 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.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de obesidad y tratamiento preventivos.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios del programa de tratamiento de opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD, por sus siglas en inglés) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un programa de tratamiento de opioides (OTP, por sus siglas en inglés) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides 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). • Suministro y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde). • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Prueba toxicológica. • Actividades de admisión. • Evaluaciones periódicas.	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios del programa de tratamiento de opioides cubiertos por Medicare.
Servicios de sangre ambulatorios La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios. Se exime el deducible de tres (3) pintas de sangre.
Pruebas de diagnóstico ambulatorias y servicios y suministros terapéuticos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Radiografías. • Radioterapia (radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros técnicos. • Suministros quirúrgicos, tales como apósitos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones. • Pruebas de laboratorio	No hay coseguro ni copago para los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas diagnósticas que no sean de laboratorio y las radiografías cubiertas.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Pruebas de diagnóstico ambulatorias y servicios y suministros terapéuticos (continuación) - Sangre: incluyendo 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. - Pruebas de diagnóstico no de laboratorio como CT, resonancias magnéticas (MRI, por sus siglas en inglés), electrocardiogramas (EKG, por sus siglas en inglés) y tomografías por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés), cuando su médico u otro proveedor de salud las ordene para tratar un problema médico. - Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias.	No se requiere autorización previa para los servicios de radiografías. Determinadas pruebas de laboratorio genéticas, MRI, CT, PET, ecografías y estudios de imagen cardíaca requieren autorización previa.
Observación hospitalaria ambulatoria Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación hospitalaria estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse 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. Nota: 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 si es paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital.	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de observación hospitalaria ambulatoria cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Observación hospitalaria ambulatoria (continuación) Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare sobre los <i>beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Esta hoja está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY llaman al 1-877-486-2048.	
Servicios hospitalarios ambulatorios Cubrimos servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como por ejemplo servicios de observación o cirugía ambulatoria. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sería necesario el tratamiento hospitalario sin ella. • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital. • Suministros médicos, como férulas y yesos. • Determinados medicamentos y productos biológicos que usted no puede suministrarse a sí mismo. Nota: 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 si es paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital.	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios hospitalarios ambulatorios cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención ambulatoria de salud mental Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: 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, por sus siglas en inglés), terapeuta matrimonial y familiar licenciado (LMFT, por sus siglas en inglés), personal de enfermería practicante (NP), asistente médico (PA), u otro proveedor de atención médica mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes vigentes del estado.	No hay coseguro, copago ni deducible para las sesiones individuales o grupales ambulatorias cubiertas por Medicare.
Servicios de rehabilitación ambulatorios 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 integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés).	No hay coseguro, copago ni deducible para las sesiones individuales o grupales cubiertas por Medicare. Es posible que se requiera autorización previa.
Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias El plan pagará por servicios ambulatorios médicamente razonables y necesarios para el tratamiento por abuso de sustancias cuando se brinden en los siguientes entornos: Consultorios médicos y hospitales ambulatorios. En estos entornos, los proveedores evalúan e identifican a las personas con problemas relacionados con el abuso de sustancias o en riesgo de desarrollarlos y ofrecen intervenciones y tratamientos limitados.	No hay coseguro, copago ni deducible para las sesiones individuales o grupales ambulatorias cubiertas por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Cirugías ambulatorias, incluidos servicios provistos en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios Nota: en el caso de que se le practique una cirugía en un centro hospitalario, deberá verificar con su proveedor si será admitido como paciente hospitalizado 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para la cirugía ambulatoria cubierta por Medicare. Es posible que se requiera autorización previa.
De venta libre (OTC) (suplementario)* Una asignación de \$50 cada tres meses para productos OTC. Con este beneficio, la asignación se cargará a su Flex Card cada tres meses para pagar los artículos OTC cubiertos. Los artículos cubiertos incluyen los siguientes: • Productos OTC de marca y genéricos, como vitaminas, analgésicos, pasta dental, caramelos para la tos y más. El saldo no utilizado no se transfiere al siguiente trimestre. La asignación restante al final del año no se transfiere al año siguiente del plan. Puede consultar el saldo de su tarjeta y encontrar las tiendas participantes visitando bcbs-az.thehelperbeesportal.com o llamando al 1-888-454-1423 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local de Arizona. Para buscar productos elegibles, visite bcbs-az.thehelperbeesportal.com y acceda al escáner de productos.	coseguro, copago ni deducible para los servicios OTC.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
De venta libre (OTC) (suplementario)* (continuación) Los productos OTC cubiertos bajo este beneficio están limitados a los permitidos por las directrices de CMS. Si no recibió su Mastercard® Flex Card, llame al 1-888-454-1423 TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local de Arizona. Para asistencia los sábados y domingos, llame a Servicios para Miembros al 1-800-656-8991, TTY: 711, de 8 a. m. a 8 p. m.	
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos <i>La hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo provisto en un servicio 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. <i>El servicio ambulatorio intensivo</i> 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 que recibe en la consulta de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS, por sus siglas en inglés) (suplementario)* Cobertura para un dispositivo personal de respuesta a emergencias El sistema personal de respuesta a emergencias (PERS), también conocido como sistema de alertas médicas, brinda un monitoreo continuo, tanto en la casa como fuera del domicilio, a personas de edad avanzada y en riesgo. 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 desde fuera de su domicilio. • Los miembros se comunican de inmediato con operadores profesionalmente capacitados que evalúan con rapidez la naturaleza de la llamada y coordinan la asistencia adecuada. • Un miembro que tiene una emergencia médica pulsa un botón para hablar con un operador, el cual inmediatamente coordina el envío de ayuda de emergencia. Para solicitar un dispositivo PERS o si tiene preguntas adicionales, llame al 1-800-979-9238, TTY: 711, de 8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes o consulte bcbsaz.connectamerica.com.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios.
Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios que recibe en un consultorio médico, un centro de cirugía ambulatoria certificado, un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otro lugar. • Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista. • Pruebas básicas de audición y equilibrio realizadas por su médico <i>especialista</i>, si su médico los ordena para determinar si necesita tratamiento médico.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de un médico/proveedor médico cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico (continuación) • Ciertos servicios de telesalud, incluidos los siguientes: Servicios de médicos 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 áreas rurales u otras ubicaciones aprobadas por Medicare. • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para miembros que reciben diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal con base en un hospital o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para 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 en los siguientes casos: ○ Tiene una consulta presencial en los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud. ○ Tiene una consulta presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Rural Health Clinics y Federally Qualified Health Centers.	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico (continuación) • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su médico durante 5 a 10 minutos en los siguientes casos: ○ Usted no es un paciente nuevo. ○ La revisión no está relacionada con una consulta en consultorio en los últimos 7 días. ○ La revisión no conduce a una consulta en consultorio dentro de las 24 horas o en la cita disponible más próxima. • Evaluación de videos o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas en los siguientes casos: ○ Usted no es un paciente nuevo. ○ La evaluación no está relacionada con una consulta en consultorio en los últimos 7 días. ○ La evaluación no conduce a una consulta en consultorio dentro de las 24 horas o en la cita disponible más próxima. • Consulta que su médico mantiene con otros médicos por teléfono, Internet o historial médico electrónico. • Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía.	
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médicos o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolón en el talón). • Cuidado rutinario de los pies para miembros con determinadas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores.	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de podología cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Profilaxis preexposición (PrEP, por sus siglas en inglés) para la prevención del VIH Si usted no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos la medicación de profilaxis preexposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA Si va a recibir un medicamento inyectable, también cubrimos la tarifa por inyectarse el medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluidas evaluación de riesgo de VIH, reducción de riesgo de VIH y adherencia a medicamentos) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. Una prueba única de detección del virus de la hepatitis B.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.
 Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres a partir de los 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen los siguientes exámenes, una vez cada 12 meses: • Examen rectal digital. • Prueba de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para una prueba de PSA.
Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados Dispositivos (excepto dentales) que reemplazan total o parcialmente una parte del cuerpo o su función. Incluye, entre otros: pruebas, adaptación o entrenamiento en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos; así como bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía).	No hay coseguro, copago ni deducible para los dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados (continuación) Incluyen ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y ortopédicos y la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos y ortopédicos. También incluye cierta cobertura después de la eliminación o cirugía de cataratas; consulte la sección de <i>Atención de la vista</i> más adelante en esta tabla para más detalles.	
Servicios de rehabilitación pulmonar 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 <i>orden</i> de rehabilitación pulmonar emitida por el médico a cargo del tratamiento de la enfermedad respiratoria crónica.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.
 Examen de detección y asesoramiento para reducir el consumo perjudicial de alcohol Cubrimos una detección del consumo perjudicial de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que consumen alcohol de manera riesgosa, pero no presentan dependencia alcohólica. Si el resultado de la detección es positivo para consumo perjudicial, puede recibir hasta 4 sesiones breves presenciales de asesoramiento por año (si usted está competente y alerta durante el asesoramiento), provistas por un médico de atención primaria o profesional calificado en un entorno de atención primaria.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el consumo perjudicial de alcohol cubierto por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT, por sus siglas en inglés) Para las personas que califican, se cubre una LDCT cada 12 meses. Son elegibles los miembros de 50 a 77 años que no presentan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes por año y que actualmente fuman o dejaron de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden para LDCT durante una consulta de asesoramiento sobre detección de cáncer de pulmón y toma de decisiones compartida que cumpla los criterios de Medicare y sea brindada por un médico o profesional no médico calificado. <i>Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT después del examen preventivo de LDCT inicial:</i> los miembros deben recibir una orden para la LDCT, que puede emitirse durante cualquier consulta apropiada con un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado decide ofrecer una consulta de asesoramiento sobre la detección del cáncer de pulmón y la toma de decisiones compartida para futuras pruebas de detección del cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir los criterios de Medicare para este tipo de consultas.	No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare ni para la LDCT.
 Detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado la solicita y usted cumple con una de las siguientes condiciones: • Tiene alto riesgo porque usa o usó drogas ilícitas inyectables. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se lo considera de alto riesgo, pagamos una detección una vez. Si usted tiene un alto riesgo (por ejemplo, sigue consumiendo drogas inyectables ilegales desde su última prueba de detección de hepatitis C con resultado negativo), cubrimos las pruebas de detección anuales.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Examen de detección para infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para ciertas personas que corren un mayor riesgo de contraer una ITS cuando un médico de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones presenciales individuales por año, de asesoramiento conductual intensivo, de 20 a 30 minutos de duración, para adultos sexualmente activos con alto riesgo de ITS. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como servicio médico preventivo si son provistas por un médico de atención primaria y se realizan en un entorno de atención médica primaria, como por ejemplo, el consultorio de un médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de ITS cubiertas por Medicare ni para el asesoramiento sobre ITS como prestación preventiva.
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a que los miembros tomen decisiones informadas acerca de su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en estadio IV que hayan sido remitidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal de por vida. • 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) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si ingresa en un hospital para recibir cuidados especiales). • Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude a realizar sus tratamientos de diálisis en su domicilio).	No hay coseguro ni copago para los servicios de educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare. 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.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales (continuación) • Equipo y suministros para diálisis en el hogar • Ciertos servicios de asistencia domiciliaria (como, cuando sea necesario, visitas de personal cualificado en diálisis para supervisar su diálisis domiciliaria, ayudarlo en casos de emergencia y comprobar su equipo de diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos de la Parte B de Medicare en esta tabla.	
Atención en centros de enfermería especializada (SNF) (Para una definición de atención en centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. A veces, los centros de enfermería especializada 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 nuestro plan de atención (esto incluye sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, como los factores de coagulación sanguínea). • Sangre: incluyendo 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.	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF, del día 1 al día 100. 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 periodo 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

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención en centros de enfermería especializada (SNF) (continuación) • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente provistos por los SNF. • Servicios de médicos/proveedores médicos En general, recibirá atención de los SNF en los centros que forman parte de la red. En el caso de ciertas afecciones, como las que se enumeran a continuación, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Una residencia de convalecencia o una comunidad de retiro con atención continua donde 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 pareja esté viviendo en el momento en que usted salga del hospital.	hay un límite en la cantidad de periodos de beneficios. Es posible que se requiera autorización previa.
 Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco) La asesoría para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierta para los pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con los siguientes criterios: • Consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco. • Son competentes y están alertas durante el asesoramiento. • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento. Cubrimos 2 intentos de cese por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, con hasta 8 sesiones por año).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés) Productos y alimentos saludables Asignación de \$225 cada tres meses para alimentos y productos saludables. Los artículos cubiertos incluyen los siguientes: • Alimentos saludables, como frutas y verduras, carnes, mariscos y pescados, productos lácteos, agua, entre otros. Para los miembros con una afección crónica elegible, se carga una asignación trimestral en la flex card para pagar los alimentos saludables aprobados. Para ser elegible para este beneficio del programa de beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI), debe padecer una de las siguientes afecciones crónicas aprobadas por el plan: • Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés). • Trastornos cardiovasculares. • Insuficiencia cardíaca crónica. • Diabetes mellitus. • Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico. • Enfermedad gastrointestinal crónica. • Trastornos pulmonares crónicos. • Trastornos mentales crónicos e incapacitantes. • Afecciones crónicas que afectan la vista, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato. • Afecciones que requieren servicios continuos de terapia para que la persona mantenga o recupere su funcionamiento. Los beneficios mencionados forman parte de un programa suplementario especial para los enfermos crónicos. No todos los miembros califican para ellos, ya que podrían aplicarse otros criterios de cobertura.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés) Productos y alimentos saludables (continuación) El saldo no utilizado no se transfiere al siguiente trimestre. La asignación restante al final del año no se transfiere al año siguiente del plan. Para realizar un pedido, ver el saldo de la tarjeta, ver todos los artículos de alimentos saludables, buscar productos elegibles y encontrar tiendas participantes, visite bcbs-az.thehelperbeesportal.com o llame al 1-888-454-1423 TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local de Arizona. Los artículos de alimentos saludables y productos frescos cubiertos bajo este beneficio están limitados a los permitidos por las directrices de CMS. Si no recibió su Mastercard® Flex Card, llame al 1-888-454-1423 TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local de Arizona. Para asistencia los sábados y domingos, llame a Servicios para Miembros al 1-800-656-8991, TTY: 711, de 8 a. m. a 8 p. m.	
Terapia de ejercicio supervisado (SET, por sus siglas en inglés) La SET está cubierta para los miembros que tienen la enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés) sintomática. Se cubren hasta 36 sesiones durante un periodo de 12 semanas si se cumplen con los requisitos para el programa de SET. El programa de SET debe: • 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de terapia de ejercicio supervisado (SET) cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Terapia de ejercicio supervisado (SET, por sus siglas en inglés) (continuación) • Llevarse a cabo en el centro ambulatorio de un hospital o en un consultorio médico. • 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 la PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico, o personal de enfermería practicante/especialista clínico que deben estar capacitados en técnicas de soporte vital básico y avanzado. La 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.	
Telesalud: Adicional (suplementario)* Servicios cubiertos incluidos en las consultas médicas virtuales: • Servicios de médico de atención primaria. • Servicios de médicos especialistas. • Servicios de urgencia necesarios. Las consultas médicas virtuales son consultas médicas que se realizan fuera de las instalaciones médicas por parte de clínicas virtuales que utilizan tecnología en línea y funciones de video/audio en vivo. Consulte azblue.com/hcpath para acceder a las consultas virtuales las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Nota: no todas las afecciones médicas pueden tratarse mediante consultas virtuales. El médico a cargo de la consulta virtual determinará si usted necesita ver a un médico presencial 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.	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Telesalud: Adicional (suplementario)* (continuación) Usted tiene la opción de recibir estos servicios a través de una consulta presencial 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.	
Servicios de transporte (suplementario)* Hasta 24 viajes, de ida o de vuelta, por año calendario. Nuestro plan cubre el transporte terrestre no urgente dentro de nuestra área de servicio. • Recogida en o desde ubicaciones aprobadas por el plan. • Servicio de puerta a puerta. • Furgonetas con acceso para sillas de ruedas previa solicitud. Este beneficio está disponible para ayudarlo a obtener atención y servicios médicamente necesarios. Los viajes se limitan a 50 millas, de ida o de vuelta, a menos que el plan apruebe otra opción. • Se considera un viaje a un trayecto, de ida o de vuelta, en taxi, furgoneta o servicios de viajes compartidos hacia una ubicación relacionada con la salud aprobada por el plan. • Los servicios cubiertos no incluyen transporte en ambulancia. (Consulte transporte de emergencia) Llame al menos con 72 horas de antelación para programar viajes rutinarios, o en cualquier momento para viajes urgentes. Algunas ubicaciones pueden estar excluidas. Si desea más información sobre las ubicaciones aprobadas por el plan, llame a Servicio para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de transporte.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de transporte (suplementario)* (continuación) Nota: Los servicios de transporte médicamente necesarios deben ser prestados por un proveedor dentro de la red para que estén cubiertos por el plan. Los vehículos pueden transportar a varios ocupantes al mismo tiempo y pueden detenerse en lugares distintos al destino del miembro durante el viaje. Asegúrese de hacer referencia a cualquier necesidad o preferencia especial cuando programe su viaje.	
Servicios de urgencia necesarios Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia se considera un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de cobertura de nuestro plan o, incluso si se encuentra dentro del área de cobertura de nuestro plan, no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y cobrarle solo los costos compartidos dentro de la red. Ejemplos de servicios necesarios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas o los brotes inesperados de afecciones ya existentes. Las consultas 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. 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de urgencia cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista rutinarios (refracciones oculares) para anteojos o lentes de contacto. • 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 mayores de 50 años e hispanoamericanos mayores de 65 años. • Para las personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. Si se somete a 2 operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 pares de anteojos después de la segunda cirugía.	Para la atención médicamente necesaria cubierta por Original Medicare: No hay coseguro, copago ni deducible para los cuidados de la vista cubiertos por Medicare. No hay coseguro, copago ni deducible para los anteojos o lentes de contacto cubiertos por Original Medicare después de una operación de cataratas.
Atención de rutina para la visión (suplementario)* Además, nuestro plan cubre los siguientes servicios suplementarios (es decir, de rutina) de la vista: Servicios suplementarios (es decir, de rutina) de la vista: • Un examen de la vista de rutina (refracción ocular) cada año. • Pares ilimitados de anteojos con receta cada año. Un beneficio máximo de \$350 anuales por cualquiera de los siguientes conceptos. ○ Anteojos (cristales y armazones) ○ Lentes de contacto en lugar de los anteojos	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de atención de rutina para la visión.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención de rutina para la visión (suplementario)* (continuación) Se recomienda que consulte con un proveedor de servicios de la vista de rutina participante sobre sus opciones de atención de la vista antes de recibir los servicios. Los servicios de la vista deben iniciarse y concluirse dentro del año del plan para tener derecho a la cobertura. Cualquier gasto ocasionado por servicios de la vista 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. Para que los servicios de la vista suplementarios tengan derecho a cobertura, estos deben obtenerse de un proveedor de la red. Si tiene preguntas sobre cómo encontrar un proveedor, presentar una reclamación, una lista detallada de los procedimientos cubiertos o si desea más información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o consulte nuestro sitio web azblue.com/hcpathway.	
 Bienvenido a la consulta preventiva de Medicare Nuestro 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 y vacunas), así como remisiones para otro tipo de atención, si es necesario. Importante: Cubrimos la consulta preventiva de <i>bienvenida a Medicare</i> únicamente en los primeros 12 meses en que tiene la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al personal del consultorio de su médico que desearía programar una consulta preventiva de <i>bienvenida a Medicare</i>.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de <i>bienvenida a Medicare</i>.

SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera de Health Choice Pathway

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

- Servicios basados en el hogar y la comunidad.
- Servicios de interpretación 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 Health Choice Pathway. También puede consultar su manual de miembro de AHCCCS (Medicaid) o consultar **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 de AZ Relay Service para personas con problemas de audición es **1-800-842-6520**.

SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan

Esta sección le informa qué servicios están excluidos.

La tabla a continuación enumera los servicios y artículos que no están cubiertos por nuestro plan bajo ninguna circunstancia o que solo están cubiertos por nuestro plan en condiciones específicas.

Si usted recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo, excepto bajo las condiciones específicas que se mencionan 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 se decide lo siguiente: que es un servicio médico que debimos 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)

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en condiciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con lumbalgia crónica en determinadas circunstancias.
Cirugías o procedimientos cosméticos	Cubiertos en caso de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una extremidad deforme. Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de mamas después de una mastectomía, incluso en la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica.
Asistencia de apoyo La asistencia de apoyo 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.	No cubiertos bajo ninguna circunstancia.
Procedimientos médicos, quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales Los procedimientos y suministros experimentales son aquellos suministros y procedimientos que Original Medicare considera que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.	Pueden estar cubiertos por Original Medicare dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte la Sección 5, Capítulo 3 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica)
Honorarios cobrados por la atención prestada por familiares directos o miembros de su hogar	No cubiertos bajo ninguna circunstancia.
Cuidados de enfermería a tiempo completo en su domicilio	No cubiertos bajo ninguna circunstancia.
Comidas a domicilio	Health Choice Pathway ofrece un beneficio de comidas suplementario. Consulte los detalles en la Sección 2.1 de este capítulo en "Beneficio de comidas".

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en condiciones específicas
Los servicios domésticos incluyen ayuda básica con las tareas domésticas, como tareas domésticas simples o preparación de comidas sencillas	No cubiertos bajo ninguna circunstancia.
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)	No cubiertos bajo ninguna circunstancia.
Atención dental considerada no rutinaria	La atención dental necesaria para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierta como atención para pacientes hospitalizados o ambulatorios. Health Choice Pathway ofrece un beneficio dental suplementario. Consulte los detalles en la Sección 2.1 de este capítulo en "Servicios dentales de rutina".
Dispositivos de soporte para pies o zapatos ortopédicos	Zapatos que forman parte de una pierna ortopédica y están incluidos en el costo de esta. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético.
Objetos de uso personal en su habitación de hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o televisión	No cubiertos bajo ninguna circunstancia.
Habitación privada en un hospital	Solo cubierto cuando sea médicamente necesario.
Anulación de procedimientos de esterilización o dispositivos anticonceptivos no recetados	No cubiertos bajo ninguna circunstancia.
Atención quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones.
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas	Health Choice Pathway ofrece un beneficio dental suplementario. Consulte los detalles en la Sección 2.1 de este capítulo en "Servicios dentales de rutina".

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en condiciones específicas
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros tipos de asistencia para la visión disminuida	Un par de anteojos con armazón estándar (o un juego de lentes de contacto) cubiertos después de cada cirugía de cataratas en la que se implanta una lente intraocular. Health Choice Pathway ofrece un beneficio suplementario de la vista. Consulte los detalles en la Sección 2.1 de este capítulo en "Atención de rutina para la visión".
Atención de rutina para los pies	Cierta cobertura limitada según las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes).
Exámenes de audición de rutina, audífonos o exámenes para ajustar los audífonos	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".
Servicios considerados no razonables ni necesarios, de acuerdo con los estándares de Medicare Original	No cubiertos bajo ninguna circunstancia.

CAPÍTULO 5

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

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si recibe ayuda adicional con los costos de los medicamentos de la Parte D?

La mayoría de nuestros miembros reúnen los requisitos y reciben ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Si está inscrito en el programa de ayuda adicional, **es posible que parte de la información de esta evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique en su caso**. Le enviamos un anexo 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 o cláusula adicional LIS)*, en donde se le informan la cobertura de sus medicamentos. Si no tiene este anexo, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (usuarios de TTY llamen al **711**) y pida la *cláusula adicional LIS*. (Puede encontrar los números de teléfono de Servicios para Miembros en la contraportada de este documento).

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura del plan de medicamentos de la Parte D

Consulte la tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos para cuidados paliativos.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus beneficios de AHCCCS (Medicaid). Nuestra lista de medicamentos le indica cómo obtener información sobre su cobertura de medicamentos de Medicaid. Consulte el formulario de Health Choice Pathway en el sitio web **azblue.com/hcpathway**.

En general, nuestro plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando siga las siguientes normas:

- Debe pedirle a un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que receta medicamentos) que le extienda una receta válida según la legislación estatal aplicable.

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

- La persona que le da sus recetas no debe figurar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe acudir a una farmacia de la red para surtir su receta (consulte la Sección 2) o *puede surtir su receta a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan*).
- Su medicamento debe figurar en la lista de medicamentos de nuestro plan (vaya a la Sección 3).
- Su medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Una “indicación médica aceptada” consiste en el uso de un medicamento aprobado por la FDA o avalado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Para más información, consulte la Sección 4).

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

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

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para proveer sus medicamentos cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" se refiere a todos los medicamentos de la Parte D que figuran en la lista de medicamentos de nuestro plan.

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

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *directorio de farmacias*, consulte nuestro sitio web([azblue.com/hcpathway](https://www.azblue.com/hcpathway)) o llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

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

Si su farmacia deja de formar parte de la red.

Si la farmacia que utiliza abandona la red de nuestro plan, tendrá que buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, solicite ayuda al Servicio

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

para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o utilice el *directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en **azblue.com/hcpathway**.

Farmacias especializadas

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

- Farmacias que suministran medicamentos para la terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a los residentes de centros de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés). Por lo general, un centro de LTC (como una residencia de convalecencia) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para conseguir sus medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY llaman al **711**).
- Farmacias que prestan servicios al Indian Health Service / Tribal / Urban Indian Health Program (no disponible en Puerto Rico). Salvo en casos de emergencia, solo los nativos americanos o nativos de Alaska tendrán acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA a determinados lugares o que requieren una manipulación especial, coordinación con el proveedor o capacitación sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *directorio de farmacias* en **azblue.com/hcpathway** o llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Sección 2.2 Servicio de pedido por correo de nuestro plan

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

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

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

Por lo general, una farmacia de pedidos por correo le enviará el pedido en no más de 10 días. Si su pedido por correo se retrasa, puede ser elegible para surtir un suministro en una farmacia local. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

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 médica, sin consultarle antes, lo siguiente:

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

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

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

Si nunca utilizó nuestro servicio de pedidos por correo o decide detener los surtidos automáticos de nuevas recetas, la farmacia lo contactará cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de salud para confirmar si desea que el medicamento se surta y se envíe de inmediato. Es importante responder cada vez que la farmacia se ponga en contacto con usted, para informarles si deben enviar, retrasar o cancelar la nueva receta.

Para optar por no recibir entregas automáticas de nuevas recetas recibidas directamente desde el consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Resurtidos de medicamentos recetados a través de pedidos por correo. Para resurtidos de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzamos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros nos muestren que se está quedando sin su medicamento. La farmacia se pondrá en contacto con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicación y usted puede

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

cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente medicación o si su medicación cambió.

Si decide no utilizar nuestro programa de resurtido automático, pero desea que la farmacia de pedidos por correo le envíe su receta, póngase en contacto con su farmacia 15 días antes de que se agote su medicamento recetado actual. Esto garantizará que su pedido le sea enviado a tiempo.

Para darse de baja de nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Si recibe automáticamente por correo un resurtido que no desea, es posible que tenga derecho a un reembolso.

Sección 2.3 Cómo conseguir un suministro de medicamentos a largo plazo

Nuestro plan ofrece 2 formas de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento que figuran en la lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que se toman de forma regular para tratar una afección médica crónica o prolongada).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *directorio de farmacias* **azblue.com/hcpathway** le indica cuáles farmacias dentro de la red le pueden entregar un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener más información.
2. También puede obtener medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de servicio de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.2 para obtener más información.

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

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. También contamos con farmacias asociadas fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Primero, llame a Servicios para Miembros al 1-800-656-8991 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para ver si hay una farmacia de la red cerca.

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

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

- Health Choice Pathway cubrirá las recetas que se surten en una farmacia fuera de la red si la receta médica está relacionada con la atención médica de emergencia o con la atención médica que se necesita con urgencia.
- Si viaja dentro de los Estados Unidos, pero fuera del área de cobertura del plan, o si se enferma, pierde o se le acaban sus medicamentos recetados, cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si no hay una farmacia de la red disponible.
- No puede obtener un medicamento cubierto cuando lo necesita porque no hay farmacias de la red abiertas las 24 horas a una distancia razonable en automóvil.
- 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 lo evacúan o lo desplazan de su hogar debido a una declaración federal de desastre u otra emergencia de salud pública.

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

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar incluidos en la lista de medicamentos de nuestro plan

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

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

Los medicamentos incluidos en esta lista son seleccionados por nuestro plan con el asesoramiento de médicos y farmacéuticos. La lista cumple los requisitos de Medicare y fue aprobada por este organismo.

La lista de medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus beneficios de AHCCCS (Medicaid). Para saber qué medicamentos están cubiertos por sus beneficios de AHCCCS (Medicaid), consulte su formulario de Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice u otro formulario de AHCCCS (Medicaid). Para recibir una copia del formulario de medicamentos cubiertos de Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice, llame a Servicios para Miembros (los números de

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

teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto) o consulte el sitio web **azblue.com/hcpathway**.

Por lo general, cubrimos un medicamento incluido en la lista de medicamentos de nuestro plan siempre y cuando usted cumpla con las demás normas de cobertura descritas en este capítulo y utilice el medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento *que*:

- Está aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para la que se receta.
- Está respaldado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Micromedex DRUGDEX Information System.

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 comercial registrado 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 registrada. 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 suelen ser más económicos. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca registrada y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de la ley estatal, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse 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.

Medicamentos que no están en la lista de medicamentos

El formulario de Health Choice Pathway (lista de medicamentos) no identifica los medicamentos cubiertos por AHCCCS (Medicaid). Para saber qué medicamentos están cubiertos por sus beneficios de AHCCCS (Medicaid), consulte su formulario de Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice u otro formulario de AHCCCS (Medicaid). Para recibir una copia del formulario de medicamentos cubiertos de Blue Cross Blue Shield of Arizona Health

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

Choice, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto) o consulte el sitio web **azblue.com/hcpathway**.

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

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

Sección 3.2 Cómo averiguar si un medicamento específico figura en la Lista de medicamentos

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

- Consultar la lista de medicamentos más reciente que le enviamos electrónicamente.
- Visitar el sitio web de nuestro plan(**azblue.com/hcpathway**). La lista de medicamentos que se publica en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para averiguar si un medicamento en particular está en la lista de medicamentos de nuestro plan o para solicitar una copia de la lista.
- Utilice la "Herramienta de beneficios en tiempo real" de nuestro plan (**azblue.com/hcpathway/members/prescription-drug-information/**) para buscar medicamentos en la lista de medicamentos y obtener una estimación de lo que pagará, así como para ver si hay medicamentos alternativos en la lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

Para ciertos medicamentos recetados, existen algunas normas especiales que establecen restricciones de cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para animarlo a usted y a su proveedor a utilizar los

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

medicamentos de la forma más eficaz. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien médicamente como uno de mayor costo, las normas de nuestro plan están diseñadas para alentarle a usted y a su proveedor a utilizar la opción de menor costo.

Tenga en cuenta que, en ocasiones, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en función de la potencia, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno al día frente a 2 al día; comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si existe una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deben tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea que le eximamos de la restricción, debe utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción.** Podemos aceptar o no levantar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan según criterios específicos antes de que aceptemos ofrecerle cobertura para el medicamento. Esto se llama **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a orientar el uso adecuado de ciertos fármacos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por nuestro plan. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY llaman al **711**) o en nuestro sitio web **www.azblue.com/health-choice-pathway/providers/prior-authorization-guidelines**.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito lo motiva a probar medicamentos menos costosos, pero que generalmente son igual de efectivos, antes de que nuestro plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica y el medicamento A es menos costoso, nuestro plan puede solicitar que pruebe primero el medicamento A. Si el

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

medicamento A no le resulta eficaz, nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **terapia escalonada**. Los criterios de terapia escalonada de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o en nuestro sitio web **www.azblue.com/health-choice-pathway/members/prescription-drug-information**.

Límite de cantidad

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 al día de un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de un comprimido al día.

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como usted desea

Hay situaciones en las que un medicamento recetado que usted toma, o que usted y su proveedor consideran que debería tomar, no figura en nuestra lista de medicamentos o tiene restricciones. Por ejemplo:

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

Si su medicamento no figura en la lista de medicamentos o está restringido, estas son las opciones que tiene a su disposición:

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

Puede obtener un suministro temporal

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

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

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

- **Si es un nuevo miembro,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en nuestro plan.
- **Si usted estaba en nuestro plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- El suministro temporal será por un máximo de 31 días. Si su receta médica es para menos días, permitiremos varios resurtidos para proporcionar un suministro máximo de 31 días de medicación. La receta médica debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas para evitar desperdicios).
- **Para los miembros que hayan estado en nuestro plan durante más de 90 días, vivan en un centro de atención a largo plazo y necesiten un suministro de inmediato:** cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta está prescrita para menos días. Esto se suma al suministro temporal mencionado anteriormente.
- Si experimenta un 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 a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Mientras esté utilizando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote dicho suministro. Tiene 2 opciones:

Opción 1: Puede cambiar a otro medicamento

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

Opción 2: Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la forma que usted desee. Si su proveedor determina que por razones médicas se justifica que solicite una excepción, su proveedor puede asistirlo para solicitar

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

una excepción. Por ejemplo, puede solicitar que nuestro plan cubra un medicamento aunque no figure en la lista de medicamentos de nuestro plan. O puede solicitar a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es actualmente un miembro y un medicamento que toma 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 justificativa de la persona que le da sus recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigor.

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

SECCIÓN 6 Nuestra lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren al comienzo de cada año (el 1.º de enero). Sin embargo, durante el año, nuestro plan puede realizar algunas modificaciones en la lista de medicamentos. Por ejemplo, nuestro plan podría:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la lista de medicamentos.**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca registrada por su versión genérica.**
- 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 de nuestro plan.

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. También actualizamos regularmente nuestra lista de medicamentos en línea. A veces, recibirá un aviso directo si se realizaron cambios en un medicamento que toma.

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

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

- **Añadir nuevos medicamentos a la lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios inmediatamente en un medicamento similar de la lista de medicamentos.**
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la lista de medicamentos, cambiarlo a un nivel de costo compartido diferente, añadir nuevas restricciones, o ambas cosas. La nueva versión del medicamento tendrá las mismas o menos restricciones.
 - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si añadimos una nueva versión genérica de una marca comercial o añadimos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya figuraba en la lista de medicamentos.
 - Podemos realizar estos cambios de forma inmediata y comunicárselos más tarde, incluso si usted toma el medicamento que retiramos o al que realizamos cambios. Si toma el medicamento similar en el momento en que realicemos 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.**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la lista de medicamentos, es posible que eliminemos un medicamento similar de la lista de medicamentos, lo cambiemos a un nivel de costo compartido diferente, agreguemos nuevas restricciones o ambas cosas. La versión del medicamento que agreguemos tendrá las mismas restricciones o menos.
 - Realizaremos estos cambios solo si añadimos una nueva versión genérica de un medicamento de marca registrada o si añadimos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya figuraba en la lista de medicamentos.
 - Le informaremos con al menos 30 días de anticipación antes de realizar el cambio, o le notificaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro de 31 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Retirar de la lista de medicamentos los medicamentos peligrosos y otros medicamentos que hayan sido retirados del mercado.**
 - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, es posible que eliminemos inmediatamente el

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

medicamento de la lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo comunicaremos después de realizar el cambio.

- **Realizar otros cambios en los medicamentos de la lista de medicamentos.**
 - Es posible que realicemos otros cambios que afecten a los medicamentos que está tomando cuando empiece el año. Por ejemplo, nos basamos 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 toma.

Si realizamos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que toma, hable con la persona que le da sus recetas sobre las opciones que mejor se adapten a usted, incluido el cambio a un medicamento diferente para tratar su afección, o solicite una decisión de cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el 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 obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la lista de medicamentos que no le afectan durante este año del plan

Podemos realizar ciertos cambios en la lista de medicamentos que no se describen 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.º de enero del año siguiente si permanece en el mismo plan.

En general, los cambios que no le afectarán durante el año del plan en curso son los siguientes:

- Establecemos una nueva restricción sobre el uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la lista de medicamentos.

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

No le informaremos directamente sobre este tipo de cambios durante el año en curso del plan. Deberá consultar la lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista

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

esté disponible durante el periodo de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que toma que lo afecte durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Se *excluyen* algunos tipos de medicamentos recetados. Esto significa que Medicare no cubre el costo de estos medicamentos.

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

A continuación se indican 3 reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubren en la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre medicamentos comprados 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 la FDA.

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 saber qué medicamentos pueden estar cubiertos por sus beneficios de AHCCCS (Medicaid), consulte su formulario de Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice u otro formulario de AHCCCS (Medicaid). Para recibir una copia del formulario de Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** o consulte el sitio web **azblue.com/hcpathway**.

- 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.

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

- 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 solo al fabricante como condición de venta.

Si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, la ayuda adicional no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. 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. (Encuentre los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para surtir su receta, facilite los datos de su membresía al plan, que encontrará en su tarjeta de miembro, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente a nuestro plan nuestra parte de los costos de su medicamento.

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

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga que pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo adquiera**. Posteriormente, usted podrá **solicitar el reembolso** de nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso a nuestro plan.

Reembolso por medicamentos recetados

Si compra un medicamento cubierto y lo paga usted mismo, puede solicitarnos que le reembolsemos el dinero. Solo le reembolsaremos el monto que normalmente cubriríamos a través de Health Choice Pathway. Este monto puede ser menor al que pagó en la farmacia. Solo podemos reembolsarle si era elegible en la fecha en que obtuvo el medicamento. Si tiene algún problema para obtener sus medicamentos, pida a la farmacia que llame a la línea

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

de ayuda de Health Choice Pathway Pharmacy, disponible las 24 horas, al **1-800-322-8670**. Responderemos cualquier consulta.

No pague el costo total de los medicamentos recetados. Solo pague su copago, si le corresponde. Si pagó los medicamentos recetados y considera que no debía hacerlo, envíe los recibos y las etiquetas de la farmacia a Health Choice Pathway. Debemos recibir los recibos y las etiquetas en un plazo de doce (12) meses a partir de la fecha en que pagó los medicamentos. Analizaremos su solicitud de reembolso. Después de revisar la documentación, le informaremos si podemos reembolsarle el dinero.

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

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

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

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

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como una residencia de convalecencia) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de LTC, puede adquirir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o de la farmacia con la que este trabaja, siempre y cuando forme parte de nuestra red.

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

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

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

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

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

En general, si usted tiene cobertura grupal para empleados o jubilados, la cobertura de medicamentos que le ofrecemos será *secundaria* a su cobertura grupal. Eso significa que la cobertura de su grupo paga primero.

Aviso especial sobre cobertura válida:

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

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

Conserve todos los avisos sobre la cobertura válida, ya que es posible que los necesite más adelante para demostrar que mantuvo dicha cobertura. Si no recibió un aviso de cobertura válida, solicite una copia a su empleador, al administrador de prestaciones de su plan de jubilación, al empleador o al sindicato.

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

El centro de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita determinados medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su centro de cuidados paliativos porque no están relacionados con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir un aviso de la persona que le da sus recetas o de su proveedor de cuidados paliativos indicando que el medicamento no está relacionado con su afección antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar retrasos en la obtención de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, solicite a su proveedor o a la persona que le da sus recetas de cuidados paliativos que envíe un aviso antes de que se surta su receta.

En el caso de que usted renuncie a su elección de cuidados paliativos o sea dado de alta de los cuidados paliativos, nuestro plan debería cubrir sus medicamentos tal y como se explica

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

en este documento. Para evitar retrasos en la farmacia cuando finalicen sus beneficios de cuidados paliativos de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y control de medicamentos

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

Realizamos una revisión cada vez que surte un medicamento recetado. También revisamos nuestros registros periódicamente. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas como los siguientes:

- Posibles errores de medicación.
- Medicamentos que podrían no ser necesarios porque usted toma otro medicamento similar para tratar la misma condición.
- Medicamentos que podrían no ser seguros o apropiados debido a su edad o género.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían ser perjudiciales si se toman al mismo tiempo.
- Recetas de medicamentos que contienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma.
- Cantidades peligrosas de medicamentos opioides para el dolor.

Si vemos un posible problema en su uso de medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregirlo.

Sección 10.1 Programa de control de medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de manera segura

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de forma segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama programa de control de medicamentos (DMP). Si utiliza medicamentos opioides que le recetan varias personas o le dispensan varias farmacias, o si sufrió recientemente una sobredosis de opioides, es posible que hablemos con las personas que le dan sus recetas para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides es adecuado y médicamente necesario. En colaboración con las personas que le recetan, si decidimos que el uso de medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta puede no ser seguro, es posible que limitemos la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo incluimos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

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

- Exigirle que obtenga todas sus recetas médicas de medicamentos opioides o benzodiazepínicos en una farmacia determinada.
- Exigirle que obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o benzodiazepínicos de una persona determinada que le da sus recetas.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepínicos que cubriremos para usted.

Si tenemos previsto limitar la forma en que usted obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, 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 de una persona específica que le da sus recetas o de una farmacia específica. Tendrá la oportunidad de decirnos qué persona que le da sus recetas o 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 la persona que le da sus recetas tienen derecho a apelar. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si seguimos rechazando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente ajeno a nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No se le incluirá en nuestro DMP si padece determinadas afecciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o anemia falciforme, si está recibiendo cuidados paliativos o atención tanatológica, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de manejo terapéutico de medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama programa de manejo terapéutico de 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 miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que padecen determinadas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan un importe específico de costos farmacéuticos, o que participan en un DMP para ayudarlos a utilizar opioides de forma segura, pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le hará una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que

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

tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito con una lista de recomendaciones que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, la dosis, cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es recomendable que hable con su médico sobre la lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Lleve el resumen consigo a su consulta o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Mantenga su lista de medicamentos actualizada y llévela consigo (por ejemplo, junto con su identificación) en caso de que tenga que acudir al hospital o a la sala de emergencias.

Si disponemos de un programa que se adapta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, deberá notificarnos y lo daremos de baja. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

CAPÍTULO 6:

Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

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

En este capítulo, utilizamos el término "medicamento" para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o por Medicaid.

Para comprender la información de pago, debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus medicamentos recetados y qué reglas debe seguir cuando obtenga sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5 se explican estas reglas. Cuando utiliza la "Herramienta de beneficios en tiempo real" de nuestro plan para consultar la cobertura de medicamentos (azblue.com/hcpathway/members/prescription-drug-information/), el costo que ve muestra una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener la información que ofrece la "Herramienta de beneficios en tiempo real" llamando a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si recibe ayuda adicional con los costos de los medicamentos recetados de la Parte D?

La mayoría de nuestros miembros reúnen los requisitos y reciben ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Si recibe ayuda adicional, es posible que **parte de la información de esta evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique en su caso**. Le enviamos un anexo por separado, titulado "*Cláusula adicional de evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar medicamentos recetados*" (también conocida como "*Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos*" o "*Cláusula adicional LIS*"), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este anexo, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (usuarios de TTY llamen al **711**) y pida la *cláusula adicional LIS*.

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

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

- **El deducible** es la cantidad que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar nuestra parte.
- **El copago** es una cantidad fija que usted paga cada vez que surte una receta médica.
- **El coseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo

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

Estos pagos están incluidos en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo **incluyen** los pagos que se enumeran a continuación (siempre y cuando sean para medicamentos cubiertos por la Parte D y haya seguido las normas de cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por la ayuda adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, el Indian Health Service, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA y la mayoría de las organizaciones benéficas.

Pasar a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) hayan gastado un total de \$2,100 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo

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

- La prima mensual del plan.
- Medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que usted obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Los pagos por sus medicamentos realizados por determinados planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud de Veteranos (VA).
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, la indemnización por accidente laboral).
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos en el marco del Programa de Descuentos del Fabricante.

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

Seguimiento de sus gastos totales de bolsillo

- La *explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés)* de la Parte D que recibe incluye el total actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance los \$2,100, la *EOB de la Parte D* le informará que ya no se encuentra en la etapa de cobertura inicial y que pasó a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

- **Asegúrese de que contemos con la información necesaria.** Consulte la sección 3.1 para saber qué puede hacer para ayudarnos a garantizar que nuestros registros de sus gastos estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de Health Choice Pathway

Hay **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos en Health Choice Pathway. El monto que usted paga por cada medicamento recetado depende de la etapa en la que se encuentre cuando surta o renueve una receta. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son las siguientes:

- **Etapas 1: Etapa de deducible anual**
- **Etapas 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapas 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

SECCIÓN 3 La explicación de beneficios de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y los pagos que usted realiza cuando obtiene medicamentos recetados en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuando pase de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Realizamos un seguimiento de 2 tipos de costos:

- **Gastos de bolsillo:** es lo que pagó. Esto incluye lo que pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto por la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago realizado por sus medicamentos por parte de la ayuda adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, el Indian Health Service, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP).
- **Costos totales de medicamentos:** es el total de todos los pagos realizados por los medicamentos cubiertos por la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos por la Parte D.

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

- **Información correspondiente a ese mes.** Este informe proporciona detalles sobre los pagos de los medicamentos recetados que usted surtió durante el mes anterior. Detalla los costos totales de los medicamentos, lo que pagó nuestro plan y lo que usted y otras personas pagaron en su nombre.
- **Totales del año desde el 1.º de enero.** Muestra el total de los costos de los medicamentos y el total de los pagos por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Muestra el precio total del medicamento y los cambios en el precio desde el primer surtido para cada 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 medicamentos recetados, si procede.

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

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza por ellos, utilizamos los registros que obtenemos 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 surta un medicamento recetado.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que conocemos los medicamentos recetados que usted surte y lo que paga por ellos.
- **Asegúrese de que contemos con la información necesaria.** Hay ocasiones en las que es posible que tenga que pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para realizar un seguimiento de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar la cuenta de sus gastos de bolsillo, entréguenos copias de sus recibos. **Ejemplos de cuándo debemos copias de los recibos de sus medicamentos:**
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utiliza una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
 - Cuando paga un copago por medicamentos proporcionados bajo un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
 - Cuando compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o pague el precio completo de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

Capítulo 6 Lo que debe pagar por sus medicamentos de la Parte D

- Si le cobran por un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información de los pagos que otras personas realizaron por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también se toman en cuenta para el cálculo de sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Indian Health Service y organizaciones benéficas se toman en cuenta para calcular sus gastos de bolsillo. Guarde un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos llevar un control 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 esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 Etapa de deducible

Dado que la mayoría de nuestros miembros reciben ayuda adicional para los costos de sus medicamentos recetados, la etapa de deducible no se aplica a la mayoría de los miembros. Si recibe ayuda adicional, esta etapa de pago no se aplica en su caso.

Consulte el anexo separado (la *cláusula adicional de LIS*) para obtener información sobre el monto de su deducible.

Si no recibe ayuda adicional, la etapa de deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte medicamento recetado por primera vez en el año. Cuando se encuentre en esta etapa de pago, **deberá pagar el costo total de sus medicamentos** hasta alcanzar el monto deducible de nuestro plan, que es de \$615 para 2026. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas para viajar. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta alcanzar el monto deducible de nuestro plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. El **costo total** suele ser inferior al precio normal completo del medicamento, ya que nuestro plan negoció costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más los honorarios de dispensación para medicamentos con precios negociados bajo el programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare.

Una vez que haya pagado \$615 por sus medicamentos, saldrá de la etapa de deducible y pasará a la etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 El precio que paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde surta el medicamento recetado.

Durante la etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga su parte del costo de los medicamentos cubiertos y usted paga su parte (su copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar donde surta el medicamento recetado.

Sus opciones de farmacia

El precio que pagará por un medicamento depende de dónde lo adquiera:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos recetados que se surten en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el capítulo 5, sección 2.5, para saber cuándo cubriremos un medicamento recetado surtido en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de servicios de pedidos por correo.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y cómo surtir sus recetas médicas, consulte el Capítulo 5 y el *directorio de farmacias* de nuestro plan en **azblue.com/hcpathway**.

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

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

A veces, el costo del medicamento es inferior a su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

Sus costos por un suministro de *un mes* de un medicamento cubierto

	Costos compartidos estándar dentro de la red minorista (un suministro de hasta 31 días)	Costo compartido de los pedidos por correo (un suministro de hasta 31 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (un suministro de hasta 34 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más información). (un suministro de hasta 31 días)
Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos)	Copago de \$0 o Copago de \$1.60 o Copago de \$5.10	Copago de \$0 o Copago de \$1.60 o Copago de \$5.10	Copago de \$0 o Copago de \$1.60 o Copago de \$5.10	Copago de \$0 o Copago de \$1.60 o Copago de \$5.10
Medicamentos de marca registrada y todos los demás medicamentos	Copago de \$0 o Copago de \$4.90 o Copago de \$12.65	Copago de \$0 o Copago de \$4.90 o Copago de \$12.65	Copago de \$0 o Copago de \$4.90 o Copago de \$12.65	Copago de \$0 o Copago de \$4.90 o Copago de \$12.65

Usted recibe ayuda adicional, por lo que su copago depende de sus ingresos y de su situación institucional. Si no recibe ayuda adicional de Medicare, pagará un coseguro del 25 % por sus medicamentos recetados.

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

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

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

Normalmente, el monto que usted paga por un medicamento cubre el suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico prefieran que el suministro de un medicamento sea inferior a un mes (por ejemplo, cuando prueba un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, un suministro inferior al de un mes completo si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido.

Si el suministro de ciertos medicamentos es inferior al de un mes completo, no tendrá que pagar el suministro completo del mes.

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

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

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

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

	Costo compartido estándar para ventas minoristas (dentro de la red) (un suministro de hasta 100 días)	Costo compartido de los pedidos por correo (un suministro de hasta 100 días)
Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos)	Copago de \$0 o Copago de \$1.60 o Copago de \$5.10	Copago de \$0 o Copago de \$1.60 o Copago de \$5.10
Medicamentos de marca registrada y todos los demás medicamentos	Copago de \$0 o Copago de \$4.90 o Copago de \$12.65	Copago de \$0 o Copago de \$4.90 o Copago de \$12.65
Usted recibe ayuda adicional, por lo que su copago depende de sus ingresos y de su situación institucional. Si no recibe ayuda adicional de Medicare, pagará un coseguro del 25 % por sus medicamentos recetados.		

No pagará más de \$70 por un suministro de hasta 2 meses ni más de \$105 por un suministro de hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto.

Sección 5.5 Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo para el año alcancen los \$2,100.

Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo totales alcancen los \$2,100. Luego, usted pasa a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

La *EOB de la Parte D* que reciba lo ayudará a llevar un registro de cuánto gastó usted, nuestro plan y cualquier tercero en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos de bolsillo de \$2,100 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto. Consulte la sección 1.3 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

En la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D. Usted entra en la etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de \$2,100 para el año calendario. Una vez que se encuentra en la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la lista de medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo alguno para usted. Consulte la lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de las vacunas de la Parte D consta de 2 partes:

- La primera parte es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte corresponde al costo de **aplicarle la vacuna**. (En ocasiones, esto se denomina administración de la vacuna).

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

1. Si una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP, por sus siglas en inglés) recomienda la vacuna para adultos.

- La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D son recomendadas por el ACIP y no tienen ningún costo.

2. Dónde recibe la vacuna.

- La vacuna en sí la puede dispensar una farmacia o el consultorio del médico.

3. Quién le aplica la vacuna.

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

Capítulo 6 Lo que debe pagar por sus medicamentos de la Parte D

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

- Cuando se vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total tanto de la vacuna como del servicio prestado por el proveedor que se la administra. Puede solicitar a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, solo paga su parte del costo según su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no paga nada.

A continuación se presentan 3 ejemplos de cómo puede obtener una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Usted recibe la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (El que tenga esta opción depende de dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

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

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

- Cuando reciba la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna y el costo del servicio que le presta el proveedor al administrársela.
- A continuación, puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo siguiendo los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- En el caso de la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que haya pagado. En el caso de otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro o copago por la vacuna (incluida la administración) y menos la diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que pagamos normalmente. (Si recibe ayuda adicional, le reembolsaremos la diferencia).

Capítulo 6 Lo que debe pagar por sus medicamentos de la Parte D

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

- En el caso de la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no paga nada por la vacuna.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna.
- Cuando el médico le administre la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de este servicio.
- A continuación, puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo siguiendo los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- En el caso de la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que haya pagado. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el importe que haya pagado menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna y menos cualquier diferencia entre el importe que cobre el médico y lo que pagamos normalmente. (Si recibe ayuda adicional, le reembolsaremos la diferencia).

Capítulo 7 Solicitarnos que paguemos una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

CAPÍTULO 7:

Solicitarnos que paguemos una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Nuestros proveedores de red facturan directamente a nuestro plan los servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos que recibió, debe enviarnos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la revisaremos y decidiremos si los servicios y medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

Si ya pagó por un servicio o artículo de Medicare cubierto por nuestro plan, puede solicitar que nuestro plan le reembolse el dinero (devolverle el dinero suele denominarse **reembolso**). Usted tiene derecho a recibir el reembolso por parte de nuestro plan cuando haya pagado más de la parte del costo de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que haya 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 el costo de los servicios o medicamentos.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por más de su parte del costo compartido. 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 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 que el costo compartido permitido por el plan. Si se contrata a este proveedor, usted sigue teniendo derecho al tratamiento.

Reembolso por medicamentos recetados

Si compra un medicamento cubierto y lo paga usted mismo, puede solicitarnos que le reembolsemos el dinero. Solo le reembolsaremos el monto que normalmente cubriríamos

Capítulo 7 Solicitarnos que paguemos una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

a través de Health Choice Pathway. Este monto puede ser menor al que pagó en la farmacia. Solo podemos reembolsarle si era elegible en la fecha en que obtuvo el medicamento.

Si tiene algún problema para obtener sus medicamentos, pida a la farmacia que llame a la línea de ayuda de Health Choice Pathway Pharmacy, disponible las 24 horas, al **1-800-322-8670**. Responderemos cualquier consulta.

No pague el costo total de los medicamentos recetados. Solo pague su copago, si le corresponde. Si pagó los medicamentos recetados y considera que no debía hacerlo, envíe los recibos y las etiquetas de la farmacia a Health Choice Pathway. Debemos recibir los recibos y las etiquetas en un plazo de seis (6) meses a partir de la fecha en que pagó los medicamentos. Analizaremos su solicitud de reembolso. Después de revisar la documentación, le informaremos si podemos reembolsarle el dinero.

Ejemplos de situaciones en las que es posible que tenga que solicitar a nuestro plan que le reembolse o que pague una factura que recibió:

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

- Puede obtener 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 a nuestro plan.
- Si usted paga el importe total en el momento de recibir la atención médica, 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 se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente a él.
 - Si ya pagó por el servicio, le reembolsaremos el dinero.

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 a nuestro 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.

Capítulo 7 Solicitarnos que paguemos una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Pídanos que le reembolsemos los servicios cubiertos o la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debía pagar según nuestro plan.

3. Si su inscripción en nuestro plan es retroactiva

Algunas veces la inscripción de una persona en nuestro plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya pasó. La fecha de inscripción puede incluso haber ocurrido 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 nuestra parte de los costos. Debe enviarnos la documentación necesaria, como recibos y facturas, para que podamos tramitar el reembolso.

4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir un medicamento recetado

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que esta no pueda presentarnos el reclamo directamente. Cuando esto sucede, usted tiene que pagar el costo total por el medicamento recetado.

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reembolso de nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para saber más sobre estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el importe que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando usted paga el costo total de un medicamento recetado porque no lleva consigo su tarjeta de membresía del plan

Si no tiene consigo nuestra tarjeta de membresía del plan, puede pedir a la farmacia que llame a nuestro plan o que consulte nuestra información de inscripción en el plan. Si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado.

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

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

Es posible que tenga que pagar el costo total del medicamento recetado porque, por alguna razón, este no está cubierto.

Capítulo 7 Solicitarnos que paguemos una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Cuando 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, pagaremos nuestra parte del costo por el servicio o medicamento. Si denegamos una solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El capítulo 9 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 **Cómo solicitar un reembolso o el pago de una factura que recibió**

Puede solicitar 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 recomendable que haga una copia de su factura y recibos para sus registros. **Debe enviarnos su reclamo dentro de los 90 días** posteriores a la fecha en que recibió el servicio o el artículo. En el caso de los reclamos por medicamentos, debe enviarnos su reclamo dentro de los 12 meses posteriores a la fecha en que adquirió el medicamento.

Envíe su solicitud de pago junto con las facturas o los recibos pagados a la siguiente dirección:

Reembolsos por servicios médicos:

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

Reembolsos de farmacia de la Parte D:

Health Choice Pathway
ATTN: Part D Claims
8194 W Deer Valley Rd #106-430 Peoria, AZ 85382

Capítulo 7 Solicitarnos que paguemos una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Si no sabe cuánto 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.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le daremos una respuesta afirmativa o negativa

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es más alto que nuestro precio negociado). Si aún no pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* está cubierto o que usted *no* siguió las normas, no pagaremos nuestra parte de los costos por la atención médica o el medicamento. Le enviaremos una carta explicándole los motivos por los que no le enviamos el pago y sus derechos a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le informamos que no pagaremos la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

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

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

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

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se 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 nuestro 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 proporcionarle materiales en otros idiomas además del inglés, incluidos los idiomas requeridos y braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Estamos obligados a darle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener nuestra información de la forma que más le convenga, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

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

Si los proveedores de nuestra red para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen 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 de nuestro plan que cubran un servicio que necesita, llame a nuestro 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 accesible y adecuado para usted, para consultar a un especialista en salud femenina o para encontrar un

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

especialista dentro de la red, llame para presentar un reclamo a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. 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**.

SECTION 1 Our plan must honor your rights and cultural sensitivities

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

Our plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how our plan may meet these accessibility requirements include, but aren't limited to, provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

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

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

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

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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.2 Debemos garantizar que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derecho a elegir un médico de cabecera (PCP) dentro de la red de nuestro plan para que le preste y coordine sus servicios cubiertos. También tiene derecho a acudir a un especialista en salud femenina (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión. No es necesario que obtenga remisiones para acudir a los proveedores de la red.

Usted tiene derecho a recibir consultas y servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan *dentro de un periodo razonable de tiempo*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite ese tipo de atención. También tiene derecho a que le surtan o resurtan sus medicamentos recetados en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras prolongadas.

Si considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D en un plazo razonable, el Capítulo 9 le indica qué puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica confidencial

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historia clínica y su información médica confidencial. Protegemos su información médica confidencial según lo exigen estas leyes.

- Su información médica confidencial 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 del uso que se hace de su información médica. 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 ninguna persona no autorizada vea o modifique sus registros.
- A excepción de las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de facilitar su información médica a cualquier persona que no le esté prestando asistencia ni pagando por ella, *estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito o el de alguien a quien usted haya otorgado poder legal para tomar decisiones en su nombre*.
- Hay ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Estamos obligados a divulgar información médica a las agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención médica.
- 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 usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y regulaciones federales; por lo general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica de manera única.

Puede ver la información que figura en sus registros y saber cómo se compartió con otras personas

Usted tiene derecho a consultar su historia clínica que se encuentra en nuestro plan y a obtener una copia de la misma. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a solicitar que agreguemos información o que corrijamos su historia clínica. Si nos solicita que lo hagamos, colaboraremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Usted tiene derecho a saber cómo se compartió su información médica con terceros para cualquier fin que no sea rutinario.

En caso de tener preguntas o alguna duda con respecto a la privacidad de su información médica confidencial, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

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

El contenido detallado aquí es una adaptación del aviso de las normas de privacidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo usted puede acceder a esta información. **Revíselo detenidamente.**

Sus derechos

Tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales y proveedores, así como sobre los derechos y responsabilidades de los miembros.
- Obtener una copia de su historia clínica y registro de reclamos.
- Corregir su historia clínica y registro de reclamos.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Solicitar comunicaciones confidenciales.
- Pedir que limitemos la información que divulgamos.
- Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido su información.
- Obtener una copia de este aviso de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si cree que se violaron sus derechos de privacidad.

Sus opciones

Usted tiene varias opciones en cuanto a la forma en que utilizamos y compartimos su información en los siguientes casos:

- Cuando respondemos preguntas de cobertura de su familia y amigos.
- Cuando brindamos asistencia en caso de desastres.

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos usar y compartir (*divulgar*) su información para lo siguiente:

- Ayudar a gestionar el tratamiento médico que recibe.
- Administrar nuestra organización.
- Pagar por sus servicios de salud.
- Administrar su plan de salud.
- Ayudar con problemas de salud y seguridad pública.
- Realizar investigaciones.
- Cumplir con la ley.
- Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y colaborar con médicos forenses o directores funerarios.
- Abordar las solicitudes relacionadas con la indemnización por accidentes laborales, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Responder a demandas y acciones legales.

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, tiene ciertos derechos. En esta sección de nuestro sitio web se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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

Obtener una copia de su historia clínica y registro de reclamos.

- Puede solicitar ver u obtener una copia de su historia clínica y sus registros de reclamos, así como de otra información médica que tengamos sobre usted. Para preguntarnos cómo hacerlo, llame a Servicios para Miembros al número que figura en su tarjeta de identificación.
- Le daremos una copia o un resumen de su historia clínica y sus registros de reclamos, generalmente, dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podríamos cobrarle un monto razonable basado en el costo.

Pedirnos que corriamos su historia clínica y sus registros de reclamos

- Puede pedirnos que corriamos su historia clínica y sus registros de reclamos si piensa que tienen errores o están incompletos. Para preguntarnos cómo hacerlo, llame a Servicios para Miembros al número que figura en su tarjeta de identificación.
- Podríamos rechazar su solicitud, pero le diremos la razón, por escrito, en un plazo de 60 días.

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 deberemos aceptarlas si nos dice que al no hacerlo usted estaría en peligro.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos

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

Obtener una lista de las personas con las que hayamos compartido información

- Puede solicitar una lista (denominada *solicitud de contabilidad*) de las veces que compartimos su información médica, con quién la compartimos y por qué, hasta seis años antes de la fecha en que realiza la solicitud.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y otras divulgaciones específicas (como aquellas que usted nos haya solicitado realizar). Le proporcionaremos un informe de contabilidad al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en los costos si solicita otro en un plazo de 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Usted puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibir el aviso electrónicamente. Le daremos una copia impresa lo antes posible.

Elegir a alguien que actúe en su nombre

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

Presentar una queja si considera que se violan sus derechos

- Puede presentar una queja si considera que violamos sus derechos comunicándose con nosotros a la Oficina de Privacidad de Health Choice Pathway, PO Box 52033, Phoenix, AZ 85071; 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; llamando al **1-877-696-6775**; o consultando **hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html**.
- No tomaremos represalias en su contra si presenta una queja.

Sus opciones

Usted tiene derecho a elegir personas específicas, ya sean familiares, amigos cercanos u otros individuos, con los que podemos compartir determinada información médica, en situaciones específicas. Estas son las siguientes:

1. Personas que pueden estar involucradas en ayudarlo a recibir atención médica o pagar servicios, como:
 - a. Un amigo que a veces va a recoger los medicamentos recetados por usted.
 - b. Un familiar cercano que se encarga de sus facturas médicas.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- 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 ser conveniente para usted que compartamos su información médica confidencial con entidades públicas o privadas que estén autorizadas por ley a disponer de dicha información con el fin de colaborar en las labores de ayuda. Sin embargo, **la elección es suya**. Puede comunicarnos si nos da su permiso o no para compartir su información con organizaciones de ayuda humanitaria en el evento de una catástrofe.

Si tiene una preferencia clara sobre cómo debemos compartir su información en alguna de las situaciones detalladas anteriormente, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

Si no es capaz de expresar su preferencia (por ejemplo, si está inconsciente), podemos proceder a compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podríamos compartir su información cuando sea necesario para disminuir un amenaza grave e inminente para su salud o su seguridad.

En los siguientes casos, *nunca* divulgamos su información, a menos que usted nos lo autorice por escrito:

- Fines comerciales.
- Venta de su información.

Nuestros usos y divulgaciones**¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información médica?**

Solemos usar y divulgar su información médica para lo siguiente:

Ayudar a gestionar el tratamiento médico que recibe

Podemos usar su información médica y compartirla con los profesionales que le brindan tratamiento. *Ejemplo: Un médico nos envía información acerca de su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.*

Administrar nuestra organización

- Podemos usar y divulgar su información para administrar nuestra organización y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.
- No se nos permite usar información genérica para decidir si le daremos cobertura ni para establecer el costo de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención médica a largo plazo.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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

Pagar por sus servicios de salud

Podemos usar y divulgar su información médica al pagar por sus servicios de salud.

Ejemplo: Compartimos su información con su plan dental para coordinar el pago de sus procedimientos dentales.

Administrar su plan

Podemos divulgar su información médica al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.

Ejemplo: Su empresa tiene un contrato con nosotros para proveer un plan de salud y nosotros le proporcionamos a su empresa ciertas estadísticas para justificar las primas que cobramos.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?

Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, normalmente de forma que contribuya 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.

Ayudar con problemas de salud y seguridad pública

Podemos compartir su información médica con fines de salud pública, como los siguientes:

- Prevenir enfermedades.
- Ayudar con el retiro del mercado de ciertos productos.
- Reportar reacciones adversas (como efectos secundarios negativos o reacciones alérgicas) a medicamentos.
- Informar sospechas de abuso, negligencia o violencia intrafamiliar.
- Prevenir o disminuir un riesgo grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.

Realizar investigaciones

Podemos usar o compartir su información para investigaciones médicas.

Cumplir con la ley

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Compartiremos su información si las leyes estatales o federales lo exigen, incluido el Departamento de Salud y Servicios Humanos, en caso de que dicho departamento quiera verificar que estemos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y colaborar con médicos forenses o directores funerarios.

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

Abordar las solicitudes relacionadas con la indemnización por accidentes laborales, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

Podemos usar o compartir su información médica en los siguientes casos:

- Para reclamos de indemnización laboral.
- Para cumplir con la ley o con un oficial de las fuerzas policiales.
- Con agencias que supervisan la salud para actividades autorizadas por la ley.
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

Responder a demandas y acciones legales

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

Nuestras responsabilidades

- La ley nos obliga a mantener la privacidad y seguridad de su información médica confidencial (PHI, por sus siglas en inglés).
- Le informaremos de inmediato si hay alguna violación que comprometa su privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad detalladas en este aviso.
- Si pide una copia impresa de este aviso, debemos darle una.
- No utilizaremos ni compartiremos su información salvo en los casos descritos aquí, a menos que usted nos indique por escrito que podemos compartirla. Si nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Si cambia de opinión, avísenos por escrito.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Para obtener más información sobre esto, visite

hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Información sobre raza, etnia, idioma (REaL, por sus siglas en inglés), orientación sexual/identidad de género (SOGI, por sus siglas en inglés) y necesidades sociales

Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice también cuenta con procesos para ayudar a mantener la confidencialidad de su información sobre raza/etnia, idioma, orientación sexual, identidad de género (SOGI) y necesidades sociales. Algunas de las formas de garantizar la protección de su información incluyen las siguientes:

- Mantener los documentos en papel en archivadores cerrados con llave.
- Procurar que solo el personal autorizado pueda acceder a su información o documentos.
- Exigir que la información electrónica permanezca en soportes físicamente seguros.
- Mantener su información electrónica en archivos protegidos con contraseña.

Es posible que utilicemos o divulguemos su información sobre REaL, SOGI y sobre sus necesidades sociales como parte de nuestras operaciones estándar. Estas actividades pueden incluir lo siguiente:

- Crear programas de intervención.
- Diseñar y distribuir materiales de divulgación.
- Informar a los profesionales y proveedores de atención médica sobre sus necesidades lingüísticas.
- Evaluar las desigualdades en la atención médica.

Nunca usaremos la información sobre su REaL, SOGI y necesidades sociales para suscribir pólizas, fijar tarifas o determinar prestaciones, ni revelaremos esta información a personas no autorizadas. También puede decidir si desea compartir o no sus datos de REaL, SOGI y de necesidades sociales.

¿Mi información de salud conductual es privada?

Existen leyes que regulan quién puede 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.

Para ayudar a organizar y pagar su atención médica, hay ocasiones en las que se comparte su información sin obtener primero su permiso por escrito. Estas ocasiones podrían incluir el intercambio de información con los siguientes:

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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

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

Cambios en los términos de este aviso

Vigente desde el 14 de abril de 2013.

Podemos modificar los términos de este aviso en cualquier momento y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. Si lo hacemos, publicaremos un aviso revisado en nuestro sitio web, **azblue.com/hcpathway**. En nuestro próximo envío anual después de que se hayan realizado los cambios, incluiremos una copia del aviso revisado o una explicación de los cambios, así como instrucciones sobre cómo pueden obtener una copia del aviso revisado.

Si tiene alguna duda o pregunta sobre la ley de responsabilidad y portabilidad de seguros médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés), póngase en contacto con nosotros al **1-602-864-2255** o en el **1-800-232-2345, ext. 2255**. También puede enviarnos un correo electrónico a **privacy@azblue.com** o enviarnos por fax los documentos de la HIPAA al **602-544-5661**.

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y los servicios cubiertos

Como miembro de Health Choice Pathway, tiene derecho a que nosotros le proporcionemos varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**):

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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **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 sobre cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir cuando utiliza su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos 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 sobre por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no están cubiertos 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.

Sección 1.5 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 ayudarlo a tomar decisiones junto con sus médicos sobre cuál tratamiento es el mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, independientemente de su costo o de si están cubiertas por nuestro plan. También incluye recibir información sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos y usarlos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a conocer cualquier riesgo relacionado con su atención médica. Debe conocer anticipadamente si cualquier atención médica o tratamiento propuesto es parte de una investigación experimental. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no".** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar el hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda a su cuerpo como consecuencia de ello.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que 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 grave. Usted tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgar **a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre** si alguna vez no puede hacerlo por sí mismo.
- **Entregar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo desea que se encarguen de su atención médica en caso de que usted no pueda tomar decisiones por sí mismo.

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

Cómo establecer una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Obtener un formulario.** Puede conseguir un formulario de directiva anticipada con su abogado, un asistente social o en algunas tiendas de suministros de oficina. A veces puede obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que brindan información sobre Medicare. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para solicitar los formularios.
- **Completar el formulario y firmarlo.** Independientemente de dónde consiga este formulario, se trata de un documento legal. Considere pedir ayuda a un abogado para prepararlo.
- **Entregar copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que usted nombre en el formulario para que tome decisiones en su nombre en caso de que usted no pueda hacerlo. Tal vez desee entregar copias a amigos cercanos o familiares. Conserve una copia en su hogar.

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

- El hospital le preguntará si firmó un formulario de directivas anticipadas y si lo trajo consigo.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Si no firmó un formulario de directivas anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Completar una directiva anticipada es su elección (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.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firma una directiva anticipada y considera que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones que contiene, puede 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**, sitio web: **www.azdhs.gov**.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar reclamos y solicitarnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

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.**

Sección 1.7 Si cree que está siendo tratado injustamente o que no se están respetando sus derechos

Si cree que recibió un trato injusto o que no se respetaron sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad u origen nacional, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al **1-800-368-1019** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-537-7697**), o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si considera que recibió un trato injusto o que no se respetaron sus derechos y *no* se trata de un caso de discriminación, puede obtener ayuda para resolver el problema en los siguientes lugares:

- **Llame a Servicios para Miembros de nuestro plan al 1-800-656-8991 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Llame a su SHIP local al 1-800-432-4040**
- **Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).**

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en los siguientes lugares:

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-800-656-8991 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Llame a su SHIP local al 1-800-432-4040**
- **Comuníquese con Medicare**
 - Consulte **www.Medicare.gov** para leer la publicación *Medicare Rights & Protections* (disponible en: [Medicare Rights & Protections](#))
 - Llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**).

Sección 1.9 Tiene derecho a hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización

Si desea hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Sección 1.10 Health Choice Pathway evalúa nuevas tecnologías para incluirlas como beneficios cubiertos

Health Choice Pathway estableció un proceso para abordar y evaluar el uso apropiado de nuevos desarrollos en tecnología médica y nuevas aplicaciones de tecnologías existentes para su inclusión como beneficio cubierto. Los nuevos dispositivos médicos y procedimientos son evaluados por el equipo de gestión médica de Health Choice Pathway para lo siguiente:

- Mantenerse al día con los cambios continuos en la tecnología médica.
- Garantizar que nuestros miembros reciban una atención segura, eficaz y basada en la evidencia.
- Revisar la información de los organismos reguladores gubernamentales apropiados, como la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos.
- Obtener aportes de especialistas y profesionales con conocimientos únicos sobre la tecnología específica revisada.
- Mantener el cumplimiento de todos los organismos reguladores federales y estatales, así como con las agencias acreditadoras aplicables a los planes de Health Choice Pathway.

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

A continuación, se enumeran las cosas que debe hacer como miembro de nuestro plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Utilice esta *evidencia de cobertura* para conocer qué está cubierto y las normas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información detallada sobre los servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 proporcionan detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura médica o cobertura de medicamentos además de nuestro plan, debe informarnos al respecto.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre nuestra tarjeta de membresía del plan cada vez que reciba atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Ayude a que sus médicos y otros proveedores le brinden la mejor atención posible proporcionándoles información, haciendo preguntas y siguiendo las indicaciones de su tratamiento.**
 - Para recibir la mejor atención, informe a sus médicos y a otros profesionales de atención médica sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma, incluidos los medicamentos sin receta, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna duda, no dude en preguntar y obtenga una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que 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 es responsable de los siguientes pagos:
 - Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, es necesario que nos lo comunique** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo ponernos en contacto con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro del mismo.**
- **Si se muda, se lo debe comunicar al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).**

CAPÍTULO 9:

Si usted tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 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 utilice para tratar un problema depende de 2 factores:

1. Si su problema está relacionado con los beneficios cubiertos por **Medicare** o AHCCCS (**Medicaid**). Si desea recibir ayuda para decidir si utilizar el proceso de Medicare o el proceso de AHCCCS (Medicaid), o ambos, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).
2. El tipo de problema que 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 reclamos).

Ambos procesos fueron aprobados por Medicare. Cada proceso tiene ciertas normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

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

Sección 1.1 Términos legales

En algunas normas, procedimientos y tipos de plazos explicados en este Capítulo, se utilizan términos legales. La mayoría de las personas no están familiarizadas con muchos de estos términos. Para facilitar las cosas, este Capítulo utiliza palabras más conocidas en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar para obtener la ayuda o la información adecuadas, incluimos estos términos legales cuando proporcionamos detalles sobre cómo manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene alguna queja sobre el trato que le dimos, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Siempre debe llamar a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener ayuda. En algunas situaciones, también puede querer ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudar son las siguientes:

Programa Estatal de Asistencia con los Seguros de Salud (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 pueden ayudarlo a decidir qué proceso debe utilizar para tratar cualquier problema que tenga. También pueden responder preguntas, proporcionarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores SHIP son gratuitos. Llame a Arizona SHIP al **1-800-432-4040**. Para obtener más información de contacto, consulte el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

También puede ponerse en contacto con Medicare para obtener ayuda:

- Llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY llaman al **1-877-486-2048**.
- Visite el sitio web www.Medicare.gov.

Puede obtener ayuda e información de AHCCCS (Medicaid).**Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) - (Programa Medicaid de Arizona): información de contacto**

Teléfono	1-855-HEA-PLUS 1-855-432-7587 Lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. excepto días festivos estatales.
TTY	1-800-842-6520 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.

Capítulo 9 Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Correo	AHCCCS 801 E Jefferson Street Phoenix, AZ 85034
Sitio web	www.azahcccs.gov

Puede obtener ayuda e información en la defensoría ciudadana para el Programa de Defensor del Cliente del Estado de Arizona.

Defensoría ciudadana para el Programa de Defensor del Cliente del Estado de Arizona: información de contacto

Teléfono	1-602-277-7292 Abierto de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. excepto los días festivos estatales.
Correo	Defensor del pueblo: asistente del ciudadano 2020 N Central Ave., Suite 570 Phoenix, AZ 85004
Sitio web	www.azoca.gov

Puede obtener ayuda e información del defensor de atención a largo plazo de Arizona

Defensor de atención a largo plazo de Arizona: información de contacto

Teléfono	1-602-542-6454 Area Agency on Aging, Region One, condado de Maricopa 1-602-264-2255 Northern Arizona Council on Aging, condados de Yavapai, Coconino, Navajo y Apache 1-877-521-3500 Western Arizona Council on Aging, condados de Mohave, La Paz y Yuma 1-928-217-7114 Pinal-Gila Council for Senior Citizens, condados de Pinal y Gila 1-520-836-2758 Southeastern Arizona Governments Organization, condados de Cochise, Graham, Greenlee y Santa Cruz, 1-520-432-2528 Navajo Area Agency on Aging, Nación Navajo 1-602-542-6454 o 1-602-542-6432
-----------------	--

Capítulo 9 Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

	21 Naciones Tribales, Consejo Intertribal de Arizona 1-800-591-9370 Abierto de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. excepto los días festivos estatales.
Correo	Oficina del defensor de atención a largo plazo del estado División de tercera edad y servicios para adultos mayores 1789 W Jefferson Ave, Mail Drop 6288 Phoenix, AZ 85007
Sitio web	https://des.az.gov/services/older-adults/long-term-care-ombudsman

Puede obtener ayuda e información en Livanta**Commence Health (Organización de Mejoramiento de la Calidad en Arizona): información de contacto**

Teléfono	1-877-588-1123
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
Correo	Commence Health 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
Sitio web	https://www.livantaqio.cms.gov/en/states/arizona

SECCIÓN 3 Qué proceso usar para su problema

Debido a que tiene Medicare y recibe ayuda de AHCCCS (Medicaid), existen diferentes procesos que puede utilizar para resolver su problema o queja. El proceso que utilice dependerá de si el problema se refiere a los beneficios de Medicare o a los beneficios de AHCCCS (Medicaid). Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicare,

Capítulo 9 Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

utilice el proceso de Medicare. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por AHCCCS (Medicaid), utilice el proceso de AHCCCS (Medicaid). Si necesita ayuda para decidir si utilizar el proceso de Medicare o el proceso de AHCCCS (Medicaid), llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

El proceso de Medicare y el proceso de AHCCCS (Medicaid) se describen en partes diferentes de este Capítulo. Para saber qué parte debe leer, utilice la tabla a continuación.

¿Su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o con los beneficios de AHCCCS (Medicaid)?

Mi problema está relacionado con los beneficios de **Medicare**.

Consulte la **Sección 4: Cómo manejar los problemas relacionados con sus beneficios de Medicare**.

Mi problema está relacionado con la cobertura de **AHCCCS (Medicaid)**.

Consulte la **Sección 12: Cómo manejar los problemas relacionados con sus beneficios de AHCCCS (Medicaid)**.

SECCIÓN 4 Cómo manejar los problemas relacionados con sus beneficios de Medicare

¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o su cobertura?

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

Sí.

Consulte la **Sección 5: Una guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones**.

No.

Consulte la **Sección 11: Como presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**.

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 5 Guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se refieren a problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, generalmente nos referimos a los artículos médicos, los servicios y los medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica**. 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 servicios

Si desea saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede solicitar una decisión de cobertura para su caso. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre la monto que pagaremos por sus servicios médicos. Por ejemplo, si el médico de la red de nuestro plan lo remite a un especialista médico que no pertenece a la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que usted o su médico de la red puedan demostrar que recibió una notificación de denegación estándar para este especialista médico, o que la *evidencia de cobertura* deje claro que el servicio remitido nunca está cubierto bajo ninguna circunstancia. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro sobre la cobertura de un servicio médico concreto o si se niega a proporcionarle la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas se desestimaré una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se desestimaré una solicitud son los siguientes: 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 explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

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

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que usted reciba un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos. En determinadas circunstancias, puede solicitar una **apelación acelerada** de una decisión de cobertura. Otros revisores, diferentes a los que tomaron la decisión original, son los encargados de revisar su apelación.

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

En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se desestimará una solicitud son los siguientes: si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para ello o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos total o parcialmente su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2, a cargo de 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 de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se tratan en la Sección 7.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, puede continuar con niveles adicionales de apelación (este Capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 5.1 Obtener ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

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

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-800-656-8991 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia con los Seguros de Salud
- **Su médico puede presentar una solicitud en su nombre.** Si su médico le ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario de *designación de un representante* (el formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web azblue.com/hcpathway).
 - En lo que respecta a 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.
 - En el caso de los medicamentos 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 se rechaza su apelación de Nivel 1, 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.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) y solicite el formulario de *designación de un representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web azblue.com/hcpathway). Este formulario le da a esa persona permiso para actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será desestimada. Si

Capítulo 9 Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

esto ocurre, le enviaremos un aviso por escrito explicándole su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede ponerse en contacto con su propio abogado o solicitar un abogado al colegio de abogados local u otro servicio de referencia. Hay grupos que le ofrecerán servicios legales gratuitos si cumple los requisitos. Sin embargo, **no es necesario que contrate a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 5.2 Normas y plazos para diferentes situaciones

Existen 4 situaciones diferentes que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene normas y plazos diferentes. A continuación, detallamos cada una de estas situaciones:

- **Sección 6:** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8:** Cómo solicitarnos que cubramos una estancia hospitalaria como paciente internado más prolongada si cree que le están dando el alta demasiado pronto
- **Sección 9:** Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto (*solo se aplica a estos servicios:* atención médica a domicilio, atención en centros de enfermería especializada y servicios de centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios [CORF]).

Si no está seguro sobre qué información se aplica a su caso, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

SECCIÓN 6 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos el costo de su atención

Sus beneficios de atención médica se describen en el Capítulo 4 de la tabla de beneficios médicos. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a las solicitudes de medicamentos de

Capítulo 9 Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

la Parte B. En esos casos, le explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos de la Parte B de las normas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección le dice lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las 5 situaciones siguientes:

1. Usted no está recibiendo cierta atención médica que desea y cree que nuestro plan cubre esta atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea brindarle y usted cree que nuestro plan cubre esta atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2**
3. Recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero le dijimos que no pagaremos por esta atención. **Presentar una apelación. Sección 6.3**
4. Recibió y pagó por atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, y desea solicitar a nuestro plan el reembolso por esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5**
5. Le informan que la cobertura de cierta atención médica que estaba recibiendo y que habíamos aprobado previamente se reducirá o se suspenderá y usted cree que reducir o suspender esta atención podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. Sección 6.3**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en centros de enfermería especializada o servicios de centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF), consulte las Secciones 8 y 9. Para este tipo de atención se aplican normas especiales.

Sección 6.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura**Términos legales:**

Una decisión de cobertura que afecta a su atención médica se denomina **determinación de la organización.**

Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación acelerada.**

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

Por lo general, una decisión de cobertura estándar se toma en un plazo de 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras normas de autorización previa, en un plazo de 14 días calendario para todos los demás artículos y

Capítulo 9 Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

servicios, o de 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, las decisiones de cobertura rápidas se toman en un plazo de 72 horas para los servicios médicos o de 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Puede obtener una decisión de cobertura rápida *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 salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos darle 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 con la siguiente información:

- Le explicaremos que utilizaremos los plazos estándar.
- Le explicaremos que si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
- Le explicaremos que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

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

- Comience por llamar, enviar una carta o un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o que le brindemos la cobertura para la atención médica que usted desea. Esto lo puede hacer usted, su médico o su representante. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le informamos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de recibir su solicitud de un artículo o servicio médico que esté sujeto a nuestras normas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico que solicita no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo,** si usted solicita una extensión del plazo o si nosotros necesitamos más información que pueda ser beneficiosa para usted, **podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si

Capítulo 9 Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

- 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 una decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso que se aplica a las decisiones de cobertura y las apelaciones. Consulte la Sección 11 de este Capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para tomar decisiones de cobertura rápidas, utilizamos un plazo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le responderemos en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo**, si usted solicita una extensión del plazo o si nosotros necesitamos más información que pueda ser beneficiosa para usted, **podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales**. 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 de la Parte B.
- Si usted considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la Sección 11 para obtener información sobre reclamos). Nos comunicaremos con usted tan pronto como tomemos una decisión.
- 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.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura médica, puede presentar una apelación.

Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a 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.

Sección 6.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1**Términos legales:**

Una apelación de una decisión sobre la cobertura médica de nuestro plan se denomina **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

Capítulo 9 Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Por lo general, las apelaciones estándar se presentan en un plazo de 30 días calendario o de 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida se realiza generalmente en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención médica, usted o su médico deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos informa que su salud requiere una apelación rápida, le concederemos 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, envíela por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos por teléfono. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, hágalo por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si usted no cumple este plazo y tiene una justificación para no haberlo cumplido, explique el motivo del retraso en su apelación cuando la presente. Podemos concederle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos justificados pueden ser una enfermedad grave que le haya impedido ponerse en contacto con nosotros o que le hayamos proporcionado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relativa a su decisión médica. Usted y su médico pueden aportar más información para respaldar su apelación.**

Paso 3: Consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, analizamos detenidamente toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario y es posible que nos pongamos en contacto con usted o con su médico.

Capítulo 9 Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta cuanto antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Si usted solicita una extensión del plazo o si nosotros necesitamos más información que pueda ser beneficiosa para usted, **podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final del plazo extendido si tomamos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará 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 a la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura acordada en un plazo de 72 horas tras recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de su solicitud**, 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 de la Parte B que aún no recibió, le daremos nuestra 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 pueda ser beneficiosa para usted, **podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo 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 de la Parte B.
 - 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 para obtener información sobre las quejas).

Capítulo 9 Si tiene algún problema o 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 de la Parte B.
- **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.

Sección 6.4 El proceso de apelación de Nivel 2**Términos legales:**

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se denomina **IRE, por sus siglas en inglés**.

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.

- 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 examinarán detenidamente toda la información relativa a 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 de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** siguientes a la recepción de su apelación.

Capítulo 9 Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda ser beneficiosa para usted, **puede tardar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Si usted presentó una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** a partir de la fecha en que recibe su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** siguientes a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda ser beneficiosa para usted, **puede tardar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos de la misma.

- **Si la organización de revisión independiente acepta 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 proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para las **solicitudes aceleradas**, disponemos de **72 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para las **solicitudes aceleradas**, disponemos de **24 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura para atención médica no debe aprobarse. (A esto se le

Capítulo 9 Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

llama **aceptar la decisión o rechazar su apelación.**) En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta con la siguiente información:

- La explicación de la decisión.
- Información sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura médica que solicita alcanza un mínimo determinado. El aviso escrito que reciba de la organización de revisión independiente en la que se le indicará la cantidad en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelación.
- Cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea continuar con la apelación.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de 5 niveles de apelación). Si desea presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibirá después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. La Sección 10 explica los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 6.5 Si nos solicita que le reembolsemos una factura que recibió por atención médica

Si ya pagó por un servicio o artículo de AHCCCS (Medicaid) cubierto por nuestro plan, solicite a nuestro plan que le devuelva el dinero (reembolso). Tiene derecho a recibir un reembolso de nuestro plan siempre que haya pagado por servicios médicos o medicamentos que estén cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que ya haya pagado, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le reembolsaremos el costo de los servicios o medicamentos.

Solicitar un reembolso significa que nos está solicitando una decisión de cobertura.

Si nos envía la documentación solicitando el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó tiene cobertura. También verificaremos si usted cumplió con las normas para utilizar su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** si la atención médica está cubierta y usted siguió las normas, le enviaremos el pago del costo normalmente en un plazo de 30 días

Capítulo 9 Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

calendario y como máximo en un plazo de 60 días calendario desde la recepción de su solicitud. Si no pagó la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.

- **Si rechazamos su solicitud:** si la atención médica no está cubierta o usted *no* siguió todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le comunicaremos que no pagaremos la asistencia médica y le explicaremos los motivos.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso para apelaciones que se describe en la Sección 6.3. Para las apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación. Si nos solicita que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó, 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 calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago que solicitó en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 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

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 las indicaciones médicamente aceptadas). Para obtener más información sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta Sección trata solo sobre los 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*.

Capítulo 9 Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le comunica que su medicamento recetado no puede surtir 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. En esta Sección se explica qué puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Solicitar la cobertura de un medicamento de la Parte D que no figura en la lista de medicamentos de nuestro plan. **Solicite una excepción. Sección 7.2**
- Solicitar que se elimine una restricción en la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 7.2**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicite 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 no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta Sección explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación.

Sección 7.2 Solicitar una excepción

Términos legales:

Solicitar la cobertura de un medicamento que no figura en la lista de medicamentos es una **excepción al formulario**.

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento es una **excepción al formulario**.

Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento cubierto que no es preferido es 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 podamos considerar su solicitud de excepción, su médico u otra persona que le da sus recetas deberá explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. A continuación detallamos 2 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 que no figura en nuestra lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la lista de medicamentos, usted deberá pagar el monto de costo compartido que se aplica a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar una excepción al monto 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 Aspectos importantes que hay que saber sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe especificar las razones médicas

Su médico u otra persona que le da sus recetas debe proporcionarnos una declaración que explique las razones médicas por las que solicita 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 afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo es tan eficaz como el que

Capítulo 9 Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

solicita y no causa más efectos secundarios ni otros problemas de salud, por lo general no aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos responder afirmativa o negativamente a su solicitud.

- Si aprobamos su solicitud para una excepción, nuestra aprobación suele ser válida hasta el final del año de nuestro plan. Esto es así siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

Sección 7.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción**Términos legales:**

Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación de cobertura acelerada**.

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

Las decisiones de cobertura estándar se toman en un plazo de **72 horas** después de recibir el informe de su médico. **Las decisiones de cobertura rápida** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibir el informe 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 2 requisitos:

- Debe estar solicitando un medicamento que aún no recibió. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsen un medicamento que ya compró).
- El uso de los plazos estándar podría causar graves daños a su salud o afectar a su capacidad funcional.
- **Si su médico u otra persona que le da sus recetas nos informa que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o 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 con la siguiente información:
 - Le explicaremos que utilizaremos los plazos estándar.

Capítulo 9 Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Le explicaremos 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 explicaremos cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas tras su recepción.

Paso 2: Solicite 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 proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el *formulario modelo de solicitud para la determinación de cobertura de CMS* o en el formulario de nuestro plan, que están disponibles en nuestro sitio web **www.azblue.com/health-choice-pathway/members/prescription-drug-information**. El Capítulo 2 contiene la información de contacto. Las solicitudes de cobertura también se pueden enviar electrónicamente a través del portal web del plan en **<https://healthchoice.promptpa.com/>**. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que indique qué reclamación denegada se está apelando.

Esto lo puede hacer usted, su médico (o la 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 otorgar permiso por escrito a otra 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 la otra persona que le da sus recetas pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien, su médico u otra persona que le da sus recetas nos puede comunicar las razones por teléfono y, si es necesario, enviarnos una declaración escrita por fax o correo postal.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta***Plazos para una decisión de cobertura rápida***

- Por lo general, debemos darle una respuesta en un **plazo de 24 horas** tras recibir su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas tras recibir la declaración de apoyo de su médico. Le daremos nuestra respuesta cuanto antes si su estado de salud así lo requiere.

Capítulo 9 Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- 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 una parte o a la totalidad de su solicitud,** debemos proporcionar la cobertura acordada en un plazo de 24 horas tras recibir su solicitud o el informe médico que la respalda.
- **Si nuestra respuesta a una parte o a la totalidad de su solicitud es negativa,** le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos los motivos de nuestra respuesta. También le informaremos cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar con respecto a un medicamento que todavía no recibió

- Por lo general, debemos darle una respuesta en un **plazo de 72 horas** tras recibir su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas tras recibir la declaración de apoyo de su médico. Le daremos nuestra respuesta cuanto antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de su solicitud,** debemos **proporcionar la cobertura** acordada **en un plazo de 72 horas** tras recibir su solicitud o el informe médico que la respalda.
- **Si nuestra respuesta a una parte o a la totalidad de su solicitud es negativa,** le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos los motivos de nuestra respuesta. También le informaremos cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** 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 a la totalidad de su solicitud,** también estamos obligados a realizar el pago en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud.

Capítulo 9 Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si nuestra respuesta a una parte o a la totalidad de su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos los motivos de nuestra respuesta. También le informaremos cómo puede presentar una apelación.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a 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 Cómo presentar una apelación de Nivel 1**Términos legales:**

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina redeterminación del plan.

Una apelación rápida se denomina **redeterminación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Un recurso estándar suele presentarse en un plazo de 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 tomamos sobre un medicamento que aún no recibió, usted y su médico u otra persona que le da sus recetas 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 7.4 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 la 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 la información de contacto.

Capítulo 9 Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el *formulario modelo de solicitud de redeterminación de CMS*, disponible en nuestro sitio web <https://www.azblue.com/health-choice-pathway/members/prescription-drug-information>. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- Las solicitudes de apelación también se pueden enviar electrónicamente a través del portal web del plan en <https://healthchoice.promptpa.com/>.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si usted no cumple este plazo y tiene una justificación para no haberlo cumplido, explique el motivo del retraso en su apelación cuando la presente. Podemos concederle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos justificados pueden ser una enfermedad grave que le haya impedido ponerse en contacto con nosotros o que le hayamos proporcionado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Usted puede solicitar una copia de la información concerniente a su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden aportar más información 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

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta cuanto antes 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 7.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos en un plazo de 72 horas tras recibir su apelación.

Capítulo 9 Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué hemos rechazado su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar por un medicamento que aún no recibió

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta en un **plazo de 7 días calendario** después de recibir la apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no recibió el medicamento y su estado de salud lo requiere.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde 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 solicitó**, debemos proporcionarle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, como máximo **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué hemos rechazado su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar 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 a la totalidad de su solicitud**, también estamos obligados a realizar el pago en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a una parte o a la totalidad de su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos los motivos de nuestra respuesta. También le informaremos cómo puede presentar una apelación.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasa al Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 7.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Términos legales

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se denomina **IRE**.

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: 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 independiente.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a una determinación de **riesgo** según nuestro programa de gestión de medicamentos, remitiremos automáticamente su solicitud a la entidad de revisión independiente.
- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. 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 examinarán detenidamente toda la información relativa a su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.

Capítulo 9 Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si la organización de revisión independiente acepta concederle una apelación rápida, ésta deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación, si ésta es por un medicamento que aún no recibió. Si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.***Para una apelación rápida:***

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos **proporcionar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por la organización de revisión independiente **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente.

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **proporcionar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por la organización de revisión independiente **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** por un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente.

¿Qué pasa si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

Si la organización de revisión independiente rechaza parte o la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se denomina **aceptar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta con la siguiente información:

- La explicación de la decisión.

Capítulo 9 Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Información sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del 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 la apelación.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de 5 niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrita que recibe tras su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 10 se explica el proceso de apelación de los Niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una estancia hospitalaria como paciente internado más prolongada si cree que le están dando el alta demasiado pronto

Cuando ingresa en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estancia hospitalaria cubierta, 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 pueda necesitar 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 estancia hospitalaria más prolongada y su solicitud será considerada.

Sección 8.1 Durante su estancia hospitalaria como paciente internado, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le informan sus derechos

En un plazo de 2 días calendario desde su ingreso en el hospital, se le entregará un aviso escrito titulado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas

Capítulo 9 Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

con Medicare reciben una copia de este aviso. Si alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o el personal de enfermería) no le entrega el aviso, pídale a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**).

1. Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo entiende. El aviso le informa lo siguiente:

- Su derecho a recibir los servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estancia hospitalaria, según las indicaciones de su médico. Esto incluye su derecho a conocer en qué consisten esos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
- Su derecho a participar en cualquier decisión relacionada con su estancia hospitalaria.
- Dónde informar sobre cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto. Se trata de una manera formal y legal de solicitar un aplazamiento de la fecha de alta, por lo que cubriremos su atención hospitalaria durante más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Usted u otra persona que actúe en su nombre debe firmar el aviso.
- Firmar el aviso *solo* demuestra que usted recibió la información sobre sus derechos. El aviso no indica la fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que esté aceptando una fecha de alta.

3. Conserve su copia del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o informar sobre una inquietud relacionada con la calidad de la atención) en caso de que la necesite.

- Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de la fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha prevista para el alta.
- Para ver una copia de este aviso con anticipación, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o al **1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY llaman al **1-877-486-2048**. También puede obtener el aviso en línea en **www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im**.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Para solicitarnos que cubramos sus servicios hospitalarios durante un periodo más prolongado, utilice el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe comprender lo que tiene que hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso**
- **Cumpla con los plazos**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar **al 711**). O llame a su Programa Estatal de Asistencia con los Seguros de Salud (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Llame a Arizona SHIP al **1-800-432-4040**. La información de contacto de SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico para su caso. La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes el gobierno federal les paga para que supervisen y ayuden a mejorar la calidad de la atención médica que reciben las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria de las personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le informa cómo puede ponerse en contacto con esta organización. O consulte el Capítulo 2 para encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado.

Actúe rápidamente:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes* de abandonar el hospital y **a más tardar a la medianoche del mismo día en que le den de alta.**
 - **Si cumple con este plazo,** puede permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta *sin tener que pagar nada* mientras espera la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad.

Capítulo 9 Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si no cumple con este plazo, póngase en contacto con nosotros.** Si decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, *es posible que tenga que pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de dicha fecha.
- 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. A más tardar al mediodía del día siguiente al que nos pongamos en contacto con usted, le entregaremos un **aviso detallado de alta**. En este aviso se indica la fecha prevista para su alta y se explican detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.
- Puede obtener una muestra del **aviso detallado** de alta llamando a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**). También puede obtener un modelo de aviso en línea en www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora 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 puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nosotros y el hospital les hayamos proporcionado.
- Al mediodía del día siguiente al que los revisores nos informen de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nuestra parte con la fecha prevista para el 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: En el plazo de un día completo después de disponer de toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará una respuesta a su apelación.**¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?**

- Si la respuesta de la organización de revisión independiente es *afirmativa*, **debemos continuar cubriendo sus servicios hospitalarios para pacientes internados por el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**

Capítulo 9 Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- 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 independiente es *negativa*, significa que la fecha de alta prevista es médicamente adecuada. Si esto ocurre, **nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará** al mediodía del día *siguiente* a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé una respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, es posible que **tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad *rechaza* su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista para su alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que va a pasar al **Nivel 2** del proceso de apelación.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de su estancia después de la fecha de alta prevista.

Paso 1: Póngase en contacto de nuevo con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad efectúa una segunda revisión de su caso.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y le comunicarán dicha decisión.***Si la organización de revisión independiente dice que sí:***

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados, siempre que sea médicamente necesario.**
- Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura.

Si la organización de revisión independiente dice que no:

- 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 quiere continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es no, debe decidir si desea continuar con su apelación pasando al Nivel 3.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de 5 niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrita que recibe tras su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. 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 determinados servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto

Cuando recibe **servicios cubiertos de atención médica a domicilio, cuidados de enfermería especializada o cuidados de rehabilitación (centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios de ese tipo de atención durante el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de finalizar la cobertura para cualquiera de los 3 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.

Sección 9.1 Le informaremos con antelación cuándo finalizará su cobertura

Términos legales:

Aviso de no cobertura de Medicare. Le explica cómo puede solicitar una **apelación por vía rápida**. Solicitar una apelación por vía rápida es una forma legal y formal de pedir un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo suspender su atención médica.

- 1. Recibirá un aviso por escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención médica. El aviso le informa lo siguiente:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención médica.
 - Cómo solicitar una apelación por vía rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante un periodo más largo.
- 2. Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* demuestra que recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de suspender la atención.

Sección 9.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante 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 comprender lo que tiene que hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso**
- **Cumpla con los plazos**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). O llame a su Programa Estatal de Asistencia con los Seguros de Salud (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Llame a Arizona SHIP al **1-800-432-4040**. La información de contacto de SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada. La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica remunerados por el gobierno federal para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: póngase en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite una apelación por vía rápida. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo ponerse en contacto con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2).

Actúe rápidamente:

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha** de vigencia que figura en el *aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si no cumple con el plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derecho a hacerlo. Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad utilizando la información de contacto que figura en el aviso de no cobertura de Medicare. En el Capítulo 2 también puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado.

Capítulo 9 Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Términos legales:

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que detalla los motivos por los que se pone fin a la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora 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 puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión independiente también examinará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le proporcione.
- Antes de que termine el día en que los revisores nos informen de su apelación, usted recibirá de nuestra parte la *explicación detallada de no cobertura*, que explica en detalle nuestros motivos para finalizar nuestra cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro de un día completo después de tener toda la información necesaria, los revisores le comunicarán 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.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Puede haber limitaciones para sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores contestan negativamente?

- Si los revisores contestan *negativamente*, **su cobertura finalizará en la fecha que le informamos.**
- Si usted decide continuar recibiendo atención médica a domicilio o atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** por esta atención.

Capítulo 9 Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores contestan *negativamente* a su apelación de Nivel 1 y usted decide continuar recibiendo atención médica después de que haya finalizado su cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad analizar nuevamente la decisión que tomó durante su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, o en un centro de enfermería especializada, o en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura.

Paso 1: Póngase en contacto de nuevo con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad contestó *negativamente* a su apelación de Nivel 1. Solo puede solicitar esta revisión si continuó recibiendo atención médica después de la fecha en que finalizó su cobertura para dicha atención.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad efectúa una segunda revisión de su caso.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y le comunicarán dicha decisión.**¿Qué ocurre si la organización de revisión independiente dice que sí?**

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que usted recibió 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.

Capítulo 9 Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

¿Qué ocurre si la organización de revisión independiente dice que no?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si quiere continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar el proceso de apelaciones.

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2 (en total 5 niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. La Sección 10 de este Capítulo aborda más a fondo los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 10 Presentación de apelaciones en los Niveles 3, 4 y 5

Sección 10.1 Apelación en los Niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta Sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que usted apeló cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no se puede presentar ninguna otra apelación. 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 que implican apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar a los 2 primeros niveles. 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 abogado mediador** que trabaje para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el abogado mediador aprueban su apelación, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.** A diferencia de una decisión de

Capítulo 9 Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasaremos a una apelación de Nivel 4.

- Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del juez administrativo o del abogado adjudicador.
- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con todos los documentos adjuntos. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer el servicio en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no* haber finalizado.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará lo que debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, o si el Consejo rechaza 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 sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión ante el 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 apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con dicha apelación.

Capítulo 9 Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Apelación de nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 10.2 Apelación de los Niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta Sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que apeló alcanza un determinado monto en dólares, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no podrá continuar apelando. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará a quién debe contactar y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos que implican apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar a los 2 primeros niveles. 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 abogado mediador que trabaje para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el juez de derecho administrativo o el abogado mediador en un **plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a como máximo 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado mediador rechaza su apelación, 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 desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará lo que debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Capítulo 9 Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago como máximo 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **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 apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con dicha apelación.

Apelación de nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Presentar quejas

SECCIÓN 11 Como presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan mediante el proceso de quejas?

El proceso de quejas *solo* se utiliza para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, presentamos algunos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan mediante el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de la atención médica	• ¿No está conforme con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto a la privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?

Capítulo 9 Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otras conductas negativas	• ¿Alguien fue grosero o irrespetuoso con usted? • ¿No está conforme con nuestros Servicios para Miembros? • ¿Siente que lo están incitando a abandonar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para agendar una cita o debe esperar demasiado tiempo para conseguirla? • ¿Alguna vez tuvo que esperar demasiado para que lo atendiera un médico, un farmacéutico u otro profesional de atención médica? ¿O el personal de Servicios para Miembros o de otras áreas de nuestro plan? ○ Ejemplos: esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera o en la sala de examen, o para obtener un medicamento recetado.
Limpieza	• ¿No está conforme con la limpieza o con el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico?
Información que recibe de nosotros	• ¿No le entregamos un aviso requerido? • ¿Nuestra información escrita le resulta difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas siempre están vinculados con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y las apelaciones).	Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y considera que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, puede presentar una queja por nuestra lentitud. A modo de ejemplo: • Nos pidió una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i>, y le dijimos que no; puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o de las apelaciones, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos artículos médicos, servicios o medicamentos que fueron aprobados, puede presentar una queja. • Si considera que no cumplimos con los plazos necesarios para remitir su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

Una **queja** también se denomina como **reclamo**.

Presentar una queja también se denomina **presentar un reclamo**.

Utilizar el proceso de quejas también se denomina **utilizar el proceso de reclamos**.

Una **queja rápida** también se denomina como **reclamo acelerado**.

Paso 1: Contáctenos inmediatamente, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, el primer paso es llamar a Servicios para Miembros al 1-800-656-8991 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).** Si hay algo más que tenga que hacer, Servicios para Miembros se lo comunicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó conforme), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si expresa su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
- Debe incluir la fecha en que ocurrió el incidente y una descripción detallada del evento en su queja por escrito. Envíe su queja por correo postal a la siguiente dirección en un plazo de 60 días desde la fecha del incidente:
 - Health Choice Pathway
Attn: Quality Management
P.O. Box 52033
Phoenix, AZ 85072

Una vez que se reciba su queja/reclamo, el departamento de gestión de calidad de Health Choice Pathway lo revisará e investigará minuciosamente.

- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que se produjo el problema sobre el que desea quejarse.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta inmediatamente.** Si nos llama para presentar una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 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 adicionales (44 días calendario en

Capítulo 9 Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

total) para responder a su queja. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito.

- **Si presenta una queja porque negamos su solicitud de decisión rápida de cobertura o apelación rápida, automáticamente le daremos una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad del problema que menciona, incluiremos nuestras razones en la respuesta.

Sección 11.3 También puede presentar quejas relacionadas con la calidad de la atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad

Cuando su queja se refiere a la *calidad de la atención*, tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para la Mejora de la Calidad.** La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para que controlen y mejoren la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja tanto a la Organización para la Mejora de la Calidad como a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 11.4 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre Health Choice Pathway directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, vaya a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al **1-877-486-2048**.

Problemas sobre sus beneficios de AHCCCS (Medicaid)

SECCIÓN 12 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de AHCCCS (Medicaid)

Proceso de apelaciones y audiencias imparciales del sistema de contención de costos de atención médica de Arizona, Medicaid (AHCCCS)

Capítulo 9 Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Proceso del miembro para presentar un reclamo o una apelación

Debe dirigirse al departamento de reclamos y apelaciones de su plan de salud o ponerse en contacto con las líneas de Servicios para Miembros. 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 (Medicaid)

<https://azweb.statemedicaid.us/HealthPlanLinksNet/HPLinks.aspx>

Plazo para resolver

El plan de salud puede responder a sus preguntas sobre el tiempo que tardará en resolverse la apelación.

Solicitar una apelación acelerada

Se puede solicitar una apelación acelerada si usted o el médico consideran que la salud de la persona estará en grave peligro (daño serio a la vida o a la salud, o a la capacidad de alcanzar, mantener o recuperar la función máxima) al esperar 30 días por una decisión del plan de salud. Si la apelación es acelerada, el plan de salud debe resolverla dentro de tres días hábiles, a menos que sea necesaria una prórroga.

Continuación de los servicios durante una apelación

Los miembros que actualmente reciben servicios o beneficios podrán seguir recibiendo los durante el proceso de apelación. Si los servicios se redujeran, suspendieran o cancelaran, se puede solicitar continuar recibiendo los servicios durante la apelación.

La apelación debe presentarse antes del día en que entre en vigor la reducción, suspensión o terminación. Si transcurren menos de 10 días entre la fecha del aviso y la fecha de vigencia indicada en el aviso, la solicitud para continuar los servicios debe presentarse dentro de los 10 días a partir de la fecha del aviso. Si se deniega la apelación, es posible que el miembro tenga que pagar por los servicios que recibió durante el proceso de apelación.

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**

Capítulo 9 Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Solicitar una audiencia (después de una apelación desfavorable)

Si el miembro no está de acuerdo con la decisión del plan de salud después de la apelación, puede solicitar una audiencia imparcial estatal. (Una audiencia imparcial estatal es donde la apelación se presenta ante un juez de derecho administrativo).

Proceso de audiencia imparcial y apelaciones de Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice Medicaid

Apelaciones y proceso de audiencia imparcial estatal - Derecho del miembro a solicitar una apelación sobre una acción adversa

Blue Cross Blue Shield of Arizona 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 explicarán 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. La notificación 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 tiene éxito, es posible que usted deba hacerse cargo de los gastos incurridos durante el proceso de apelación. Antes de iniciar una apelación, se recomienda consultar con su médico, ya que es posible que tenga un plan de atención alternativo que podría estar cubierto.

Solicitud de apelación

Puede solicitar una apelación si recibe una notificación de acción. Puede solicitar la apelación llamando a Blue Cross Blue Shield of Arizona 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 enviando una carta a Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice. Debe enviar su carta de apelación directamente a Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice. Evite enviar su apelación a Medicaid. Es fundamental que envíe su apelación a Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice en un plazo de 60 días a partir de la fecha indicada en la notificación de acción.

Blue Cross Blue Shield of Arizona 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 Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice información adicional sobre su atención médica antes de que se tome la decisión final sobre su apelación. Además, en cualquier momento durante el proceso de apelación, usted tiene derecho a revisar toda la documentación que Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice utilizó para llegar a su decisión.

Capítulo 9 Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Uso de un representante

Si no puede iniciar una apelación por su cuenta, 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, por ejemplo, un familiar, un amigo, un líder religioso o su médico, lo ayude con su apelación, debe informar a Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice enviando una carta en la que exprese su intención de autorizar a su representante para presentar la apelación en su nombre. Envíe la carta a: **Blue Cross Blue Shield of Arizona Health Choice**, Attention: Member Appeals, P.O. Box 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:

Cancelar la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelar su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en Health Choice Pathway puede ser **voluntario** (por decisión propia) o **involuntario** (no por decisión propia):

- Usted podría dejar nuestro plan porque *decide* hacerlo. Las secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo dar de baja su membresía de forma voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 le informa sobre las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, este deberá seguir proporcionándole atención médica y medicamentos recetados, y usted seguirá pagando su parte de los costos hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1 Es posible que pueda cancelar su membresía por tener Medicare y AHCCCS (Medicaid)

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden cancelar su membresía solamente durante ciertos periodos del año. Debido a que tiene AHCCCS (Medicaid), puede cancelar su membresía en nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Original Medicare *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 y recibe ayuda adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática).
- Si es elegible, un D-SNP integrado que proporciona sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos sus beneficios de Medicaid en un solo plan.

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en nuestro plan

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir ayuda adicional y permanece sin cobertura de medicamentos válida durante un periodo continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- Llame a la oficina estatal de Medicaid al **1-855-432-7587** para obtener información sobre sus opciones de planes de Medicaid.
- Hay otras opciones de planes de salud de Medicare disponibles durante el **periodo de inscripción abierta**. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el periodo de inscripción abierta.
- **Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud de cambio de plan.** Su inscripción en su plan nuevo también comenzará ese mismo día.

Sección 2.2 Usted puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción abierta

Usted puede cancelar su membresía durante el **periodo de inscripción abierta**. Durante este tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos y decida su cobertura para el próximo año.

- El **periodo de inscripción abierta** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o realizar cambios en 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.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
 - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
 - Si es elegible, un D-SNP integrado que proporciona sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos sus beneficios de Medicaid en un solo plan.

Usted recibe ayuda adicional de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir ayuda adicional y permanece sin cobertura de medicamentos válida durante un periodo de 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en nuestro plan

- **Su membresía finalizará en nuestro plan** cuando la cobertura de su nuevo plan entre en vigencia el 1.º de enero.

Sección 2.3 Usted puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede realizar *un* cambio en su cobertura médica durante el **periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** es desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo y, para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan MA, desde el mes en que adquieren el derecho a las Partes A y B hasta el último día del tercer mes de ese derecho.
- **Durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage**, usted puede hacer lo siguiente:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
 - Cancelar la inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si cambia a Original Medicare durante este periodo, también puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare por separado al mismo tiempo.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes siguiente a su inscripción en otro plan Medicare Advantage o a la recepción de su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si también decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud de inscripción por parte del plan de medicamentos.

Sección 2.4 En determinadas situaciones, usted puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción especial

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 ser elegible para cancelar su membresía durante un periodo de inscripción especial si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar www.Medicare.gov.

- Por lo general, cuando se muda.
- Si usted tiene AHCCCS (Medicaid).

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en nuestro plan

- Si es elegible para recibir ayuda adicional para pagar su cobertura de medicamentos de Medicare.
- Si incumplimos nuestro contrato con usted.
- Si usted está recibiendo atención médica en una institución, como una residencia de convalecencia o un hospital de atención de largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el programa de atención integral para adultos mayores (PACE, por sus siglas en inglés).
- **Nota:** Si está en un programa de manejo de medicamentos, es posible que solo sea elegible para ciertos periodos especiales de inscripción. 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 Medicaid.

Los plazos de inscripción varían en función de su situación.

Para saber si usted es elegible para un periodo de inscripción especial, llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY llaman al **1-877-486-2048**. Si usted es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura de medicamentos de Medicare. Puede elegir entre los siguientes:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
- Si es elegible, un D-SNP integrado que proporciona sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos sus beneficios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir ayuda adicional y permanece sin cobertura de medicamentos válida durante un periodo de 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Si recibe ayuda adicional de Medicare para pagar su cobertura de medicamentos: si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare independiente, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en la inscripción automática.

Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes siguiente a su solicitud de cambio de plan.

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en nuestro 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 Obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo cancelar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-800-656-8991 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- Busque la información en el manual **Medicare & You 2026**.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) **(los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).**

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción en Health Choice Pathway (HMO D-SNP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare con un plan de medicamentos de Medicare por separado.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción en Health Choice Pathway (HMO D-SNP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.
Original Medicare sin un plan de medicamentos de Medicare por separado.	• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-656-8991 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY llaman al 1-877-486-2048.

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en nuestro plan

- Se cancelará su inscripción en Health Choice Pathway (HMO D-SNP) cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir ayuda adicional y permanece sin cobertura de medicamentos válida durante un periodo de 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Para preguntas sobre sus beneficios del sistema de contención de costos de atención médica de Arizona (AHCCCS), llame al programa AHCCCS (Medicaid) al **1-855-HEA-PLUS** o **1-855-432-7587 TTY 711**, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. Pregunte cómo unirse a otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en que recibe su cobertura de 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 membresía 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 medicamentos recetados.**
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, nuestra póliza cubrirá su estancia hospitalaria hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Health Choice Pathway debe cancelar su membresía en nuestro plan en ciertos casos

Health Choice Pathway debe cancelar su membresía en nuestro plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- 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 dirigido a personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid.

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en nuestro plan

Si ya no cumple con ciertos requisitos especiales de elegibilidad, esto se considera una cancelación involuntaria de la inscripción. Para permanecer inscrito en el plan, debe seguir reuniendo los requisitos tanto para Medicare como para el AHCCCS (Medicaid). Si pierde su elegibilidad para el AHCCCS (Medicaid), se lo notificaremos por escrito. Tendrá un periodo de elegibilidad continuada estimado de seis meses para recuperar su elegibilidad para Medicaid antes de que se le dé de baja del plan.

Durante este periodo de seis meses, continuaremos brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este periodo no continuaremos cubriendo los beneficios de Medicaid incluidos en el AHCCCS (Medicaid). Además, no pagaremos sus primas de Medicare ni ningún costo compartido que AHCCCS (Medicaid) asumiría de otro modo si usted no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. Como resultado, el monto que paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este periodo.

- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para averiguar si el lugar al que se muda o viaja se encuentra dentro del área de cobertura de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano estadounidense ni reside legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otros seguros que tenga y que proporcionen cobertura para medicamentos.
- Si nos proporciona información incorrecta de forma intencionada al inscribirse en nuestro plan y dicha información afecta a su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si usted se comporta continuamente de una manera disruptiva y nos dificulta brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro 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.

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en nuestro plan

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre en qué casos podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Sección 5.1 Nosotros no podemos pedirle que abandone nuestro plan por motivos relacionados con la salud

Health Choice Pathway no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que le están pidiendo que abandone nuestro plan por motivos relacionados con la salud, llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY llaman al **1-877-486-2048**.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si nosotros cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle los motivos de la cancelación por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes aplicables

La ley principal que se aplica a este documento de *evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas bajo la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). 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, incluso si las leyes no se incluyen ni se explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, grupo étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, 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 Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley 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 www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

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). Health Choice Pathway no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos

Capítulo 11 Avisos legales

de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

Health Choice Pathway: Ofrece ayudas y servicios gratuitos para que las personas puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, tales como los siguientes:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Brinda servicios de idiomas sin cargo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes calificados.
- Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con nosotros:

Health Choice Pathway
Dirección: 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**

Si cree que 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 un reclamo por correo postal, fax o correo electrónico a:

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**

Capítulo 11 Avisos legales

Puede presentar un reclamo formal personalmente, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo formal, el administrador de reclamos formales/coordinador de derechos civiles está a su disposición para ayudarlo.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo postal o teléfono en:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios para quejas están disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

SECCIÓN 3 Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los que Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con las regulaciones de CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés), Health Choice Pathway, como organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el secretario en virtud de las regulaciones de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR y las normas establecidas en esta sección prevalecen sobre cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones

Apelación: una apelación es una medida que toma 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 recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: área geográfica en la que debe residir para poder inscribirse en un plan de salud específico. En el caso de los planes que limitan los médicos y hospitales a los que puede acudir, por lo general también se trata del área en la que puede recibir servicios rutinarios (que no sean de emergencia). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio de nuestro plan.

Asistente de atención médica a domicilio: una persona que 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 previa para obtener servicios o determinados medicamentos basada en criterios específicos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados 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 nuestro sitio web.

Ayuda adicional: un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, tales como primas, deducibles y coseguros.

Capítulo 12 Definiciones

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 sobre la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Biosimilar: un 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 un nuevo medicamento recetado (consulte "**Biosimilares intercambiables**").

Cancelación de la inscripción: el proceso de cancelar su membresía en nuestro 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 se espera que su estancia en el centro no supere las 24 horas.

Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF): un centro que ofrece principalmente servicios de rehabilitación tras una enfermedad o lesión, incluyendo fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de terapia del habla y el lenguaje, así como servicios de evaluación del entorno doméstico.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal a cargo de la administración de Medicare.

Cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D de Medicare): seguro de asistencia económica para la compra de medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos y algunos suministros que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Cobertura válida de medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que cubra, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados 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 es posible que deba pagar como parte del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta médica, una consulta ambulatoria en un hospital o un medicamento recetado. Un copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Capítulo 12 Definiciones

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 cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes 3 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 coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un medicamento o servicio, que el plan le exige pagar al recibir un medicamento o servicio específico.

Cuidados de custodia: los cuidados de custodia son cuidados personales que se proporcionan en una residencia de convalecencia, un centro de cuidados paliativos u otra instalación, cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado de custodia, proporcionado por personas que no tienen habilidades ni capacitación profesional, incluye ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, levantarse o acostarse de la cama o una silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de cuidados relacionados con la salud que la mayoría de las personas hace por su cuenta como, por ejemplo, utilizar gotas para los ojos. Medicare no cubre el cuidado de custodia.

Cuidados paliativos: beneficio que proporciona un tratamiento especial a los miembros que fueron certificados médicamente como enfermos terminales, es decir, que tienen una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su zona geográfica. Si elige cuidados paliativos y continúa pagando las primas, seguirá siendo miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicos necesarios, así como los beneficios suplementarios que ofrecemos.

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 elegibilidad para beneficios completos.

Deducible: el monto 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 nuestro 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 nuestro plan, no estamos frente a una determinación de cobertura. Usted debe llamar o enviar una carta a nuestro plan para

Capítulo 12 Definiciones

solicitar una decisión formal sobre la cobertura. 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.

Emergencia: una emergencia médica tiene lugar cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio 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 médica que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por motivos 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.

Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes cualificadas en su nombre) gastaron \$2,100 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.

Etapas de cobertura inicial: es la etapa anterior a que sus gastos de bolsillo del año alcancen el monto del 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 al formulario), o para adquirir un medicamento no preferido con un nivel de costo compartido más bajo (una excepción al nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige que pruebe otro medicamento antes de obtener el medicamento que solicita, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y desea que renunciemos a la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción al formulario).

Capítulo 12 Definiciones

Farmacia de la red: una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan y en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados solo están cubiertos si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que se obtienen en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Gastos de bolsillo: consulte la definición anterior de costo compartido. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de gasto de bolsillo del miembro.

Indicación médicamente aceptada: uso de un medicamento aprobado por la FDA o respaldado por determinadas referencias, como el Servicio de Información sobre Medicamentos del American Hospital Formulary y el sistema de información Micromedex DRUGDEX.

Individuos con doble elegibilidad: una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Internación en hospital: una estancia hospitalaria 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.

Límite de cantidad: una herramienta de control diseñada para limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites se pueden establecer por la cantidad de medicamento que cubrimos por receta médica o por un periodo de tiempo específico.

Límite de gastos de bolsillo: la cantidad máxima que usted paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o lista de medicamentos): una lista de medicamentos cubiertos por el plan.

Medicaid (o Medical Assistance): un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los gastos médicos a algunas personas con bajos 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.

Capítulo 12 Definiciones

Médicamente 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 registrada: 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 registrada 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 registrada venció.

Medicamento genérico: un medicamento recetado aprobado por el FDA por poseer los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca registrada. Por lo general, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca registrada y suele ser más barato.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto por la Parte D para el que Medicare negoció un precio máximo justo.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Es posible que ofrezcamos o no todos los medicamentos de la Parte D. El congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Todos los planes deben cubrir determinadas 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).

Médico 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, debe consultar a su médico de atención primaria antes de acudir a cualquier otro proveedor de atención médica.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Capítulo 12 Definiciones

Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA): si sus ingresos brutos ajustados modificados, tal y como figuran en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, superan una determinada cantidad, pagará la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. El 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.

Monto máximo de bolsillo: lo máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los montos que pague por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y por los medicamentos recetados no se toman en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo. (**Nota:** dado que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros llegan a alcanzar el máximo de bolsillo).

Multa por inscripción tardía en la parte D: monto que se agrega a la prima mensual de su plan de cobertura de medicamentos de Medicare si permanece sin cobertura válida (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos de Medicare) durante un periodo continuo de 63 días o más después de que sea elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D. Si pierde la ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos válida.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga para que revisen y mejoren la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (Traditional Medicare o Medicare de pago por servicio): Original Medicare es un plan que ofrece el gobierno, y no un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Bajo Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica de los montos 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. Original Medicare tiene 2 partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Parte C: consulte el plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: el programa voluntario de beneficios para medicamentos recetados de Medicare.

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

Capítulo 12 Definiciones

(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 recibió 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 límite en el número de periodos de beneficios.

Periodo de inscripción abierta para Medicare Advantage: el periodo de tiempo comprendido entre el 1.º de enero y el 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura 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 sea elegible por primera vez para Medicare.

Periodo de inscripción abierta: el periodo comprendido entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o cambiarse a Original Medicare.

Periodo de inscripción inicial: cuando usted es elegible por primera vez para Medicare, es el periodo de tiempo durante el cual puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si 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, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 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 (CMP, por sus siglas en inglés) 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 Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una empresa privada bajo contrato con Medicare para proveerle todos los beneficios de Parte A y Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés), ii) una 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). 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**.

Capítulo 12 Definiciones

Plan de necesidades especiales equivalente a una institución (IE-SNP): un IE-SNP restringe la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Plan de necesidades especiales para cuidados crónicos (C-SNP): los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que padecen enfermedades graves y crónicas específicas.

Plan de necesidades especiales para personas doblemente elegibles (D-SNP, por sus siglas en inglés): un tipo de plan que inscribe a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley de Seguro 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.

Plan de organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés): un plan de organización de proveedores preferidos es un plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que acordaron brindar tratamiento a los miembros del plan por el pago de un monto específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si se reciben de proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido correspondiente a los miembros será generalmente más alto cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual en los gastos de bolsillo por los servicios recibidos de los proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto en los gastos de bolsillo totales combinados por los servicios de los proveedores tanto de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare es ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. El término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los planes para necesidades especiales, los programas de demostración o piloto y los programas de atención integral para adultos mayores (PACE).

Plan institucional para necesidades especiales (I-SNP, por sus siglas en inglés): los I-SNP restringen la inscripción a las personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días consecutivos en determinados centros de larga estancia. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP equivalente a una institución (IE-SNP, por sus siglas en inglés), SNP institucionales híbridos (HI-SNP, por sus siglas en inglés) y SNP institucionales basados en centros (FI-SNP, por sus siglas en inglés).

Plan PACE: un programa de atención integral para adultos mayores (PACE) combina servicios y apoyos médicos, sociales y a largo plazo (LTSS) para personas frágiles con el fin de

Capítulo 12 Definiciones

ayudarles a mantener su independencia y seguir viviendo en su comunidad (en lugar de trasladarse a una residencia de convalecencia) durante el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE obtienen tanto los beneficios de Medicare como los de Medicaid a través de nuestro plan.

Plan para necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más específica para grupos específicos de personas, como aquellas que tienen tanto Medicare como Medicaid, que viven en una residencia de convalecencia o que padecen determinadas afecciones médicas crónicas.

Póliza Medigap (seguro suplementario de Medicare): seguro suplementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir las *deficiencias* de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo se aplican a Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Precio justo máximo: el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Prima: el pago periódico que se efectúa a Medicare, una compañía de seguros o un plan de seguro médico por cobertura médica o de medicamentos recetados.

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y que sirve de comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se denomina "producto de referencia".

Producto biológico: medicamentos recetados elaborados a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (consulte "**Producto biológico original**" y "**Biosimilar**").

Programa de 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. Los descuentos se realizan según los acuerdos establecidos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Programa de manejo terapéutico de medicamentos (MTM): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas que se brinda a personas que cumplen con ciertos requisitos o que están en un programa de manejo de medicamentos. Los servicios del MTM suelen incluir una conversación con un farmacéutico o un proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Capítulo 12 Definiciones

Prótesis y ortesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para sustituir una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros para ostomías y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de la red: "proveedor" es el término general que se utiliza para referirse a los médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que cuentan con la licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar 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: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, son propiedad ni operan bajo nuestro plan.

Queja: presentar una queja se conoce formalmente como **presentar un reclamo**. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También incluye las quejas si nuestro plan no cumple con los plazos del proceso de apelación.

Real-Time Benefit Tool: portal o aplicación informática en la que los miembros pueden consultar información completa, precisa, actualizada, clínicamente adecuada y específica para cada miembro sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye los montos de costos compartidos, los medicamentos alternativos del formulario que pueden utilizarse para la misma afección médica que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límite de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Reclamo: un tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluida una queja relacionada con la calidad de su atención. Esto no implica disputas sobre la cobertura o el pago.

Remisión: una orden por escrito de su médico de cabecera para que usted consulte a un especialista o reciba determinados servicios médicos. Sin una remisión, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Seguridad de ingreso suplementario (SSI, por sus siglas en inglés): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que tienen una

Capítulo 12 Definiciones

discapacidad, son ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de la 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 los beneficios adicionales, como atención oftalmológica, dental o auditiva, que puede 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 atención de rehabilitación para pacientes hospitalizados, fisioterapia (para pacientes ambulatorios), terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia se considera un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de cobertura de nuestro plan o si, dada la hora, el lugar y las circunstancias, no es razonable obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios necesarios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas o los brotes inesperados de afecciones ya existentes. Las consultas 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 para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es más probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Sistema de contención de costos de atención médica de Arizona (AHCCCS): la agencia Medicaid de Arizona que ofrece programas de asistencia médica 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 (LIS): consulte "Ayuda adicional".

Capítulo 12 Definiciones

Tarifa de dispensación: tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que dedica el farmacéutico a preparar y empaquetar 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 el número de días que dura el suministro mensual. 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 exige que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó inicialmente.

Notice of Non-Discrimination

In Compliance with Section 1557 of the Affordable Care Act



Health
Choice

Health Choice Pathway HMO D-SNP complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including sex characteristics, intersex traits, pregnancy or related conditions, sexual orientation, gender identity, and sex stereotypes). Health Choice Pathway does not exclude people or treat them less favorably because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Health Choice Pathway:

Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)

Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, contact:

Health Choice Pathway
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 Health Choice Pathway has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including sex characteristics, intersex traits, pregnancy or related conditions, sexual orientation, gender identity, and sex stereotypes), you can file a grievance by mail, fax, or email to:

Health Choice Pathway
Attn: Civil Rights Coordinator
Address: PO Box 52033
Phoenix, AZ 85072
Phone: 1-800-656-8991
Fax: 480-760-4739
TTY: 711
Email: HCH.GrievanceForms@azblue.com

You can file a grievance by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Grievance Manager/Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at
hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html.

Aviso de No Discriminación

En cumplimiento con la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Costo



Health
Choice

Health Choice Pathway HMO D-SNP cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidas las características sexuales, los rasgos intersexuales, el embarazo o afecciones relacionadas, la orientación sexual, la identidad de género y los estereotipos sexuales). Health Choice Pathway no excluye ni trata a las personas de forma menos favorable por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Health Choice Pathway:

Ofrece material de ayuda y servicios sin cargo a las personas que tienen discapacidades que les impiden comunicarse de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Brinda servicios de idiomas sin cargo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con nosotros:

Health Choice Pathway
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 Health Choice Pathway no ha logrado prestar estos servicios o ha discriminado de algún otro modo a una persona por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidas las características sexuales, los rasgos intersexuales, el embarazo o afecciones relacionadas, la orientación sexual, la identidad de género y los estereotipos sexuales), puede presentar una queja formal por correo, fax o correo electrónico:

Health Choice Pathway
Coordinador de Derechos Civiles

Dirección: PO Box 52033

Phoenix, AZ 85072

Teléfono: 1-800-656-8991

Fax: 480-760-4739

TTY: 711

Correo electrónico:

HCH.GrievanceForms@azblue.com

Puede presentar una queja formal por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el administrador de quejas formales/coordinador de derechos civiles está a su disposición para ayudarlo.

También puede presentar una queja por violación a los derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de forma electrónica a través de su Portal de quejas, disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en **hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html**.

Health Choice Pathway es una subsidiaria de Blue Cross® Blue Shield® of Arizona, un licenciario independiente de Blue Cross Blue Shield Association.

H5587_D42756PY26_C

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services



Health
Choice

English: Free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-656-8991 (TTY: 711).

Spanish: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-656-8991 (TTY: 711).

Navajo: Diné bee yánitł'ígíí gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hóló. Bee ahít hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'í' ahoot'í'ígíí éí t'áá jiik'eh hóló. Kohjì 1-800-656-8991 (TTY: 711).

Chinese Simplified: 如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-800-656-8991（文本电话 711）。

Chinese Traditional: 如果您說[中文]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-800-656-8991（TTY：711）。

Tagalog: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-800-656-8991 (TTY: 711).

French: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-656-8991 (TTY: 711).

Vietnamese: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-656-8991 (Người khuyết tật: 711).

German: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-656-8991 (TTY: 711).

Korean: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-656-8991 (TTY: 711).

Russian: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-656-8991 (TTY: 711).

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services



Health
Choice

Arabic

العربية

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-800-656-8991 (للتواصل مع 711).

Hindi: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-656-8991 (TTY: 711).

Italian: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il 1-800-656-8991 (TTY: 711).

Brazilian Portuguese: Se você fala português brasileiro, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-656-8991 (TTY: 711).

Creole (Capo Verdean): Caso fale Kabuverdianu, existem serviços de assistência linguística gratuitos disponíveis. Estão também disponíveis apoios e serviços auxiliares adequados para prestar informações em formatos acessíveis. Ligue 1-800-656-8991 (TTY: 711).

Polish: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-800-656-8991 (TTY: 711).

Japanese: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-800-656-8991 (TTY: 711)。

Health Choice Pathway Departamento de Servicios para Miembros

Método	Departamento de Servicios para Miembros: Información de contacto
Teléfono	1-800-656-8991 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.
TTY	711 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.
Dirección	Health Choice Pathway P.O. Box 52033 Phoenix, AZ 85072 HCHComments@azblue.com
Sitio Web	azblue.com/hcpathway

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
Teléfono	1-800-432-4040 o 602-542-4446
Dirección	Programa de Asistencia y Seguro Médico del Estado de Arizona (SHIP de Arizona) 1789 W. Jefferson St. Phoenix, AZ 85007
Sitio Web	https://des.az.gov/services/older-adults/medicare-assistance

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