**Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026**

# Evidencia de cobertura para grupos de empleadores para 2026:

## Sus beneficios y servicios de salud, y la cobertura de medicamentos de Medicare como asociado de Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO)[SM]

Este documento proporciona los detalles acerca de la cobertura de atención médica y 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 comprender acerca de lo siguiente:

- La prima de nuestro plan y los costos compartidos.
- Los beneficios médicos y de medicamentos.
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento.
- Cómo comunicarse con nosotros.
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

**Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711). El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días feriados. Esta llamada es gratuita.**

Este plan, Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO)[SM], es ofrecido por Health Care Service Corporation (HCSC), una compañía de reserva legal mutua. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Health Care Service Corporation, una compañía de reserva legal mutua. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, quiere decir Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO)).

Este documento está disponible de forma gratuita en español. Póngase en contacto con Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) si necesita esta



Aprobación de la OMB 0938-1051 (vencimiento: 31 de agosto de 2026)

información en otro idioma o formato (español, braille, letra grande o formatos alternativos).

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos o coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

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

Planes PPO proporcionados por Blue Cross and Blue Shield of Texas, una división de Health Care Service Corporation (HCSC), una compañía de reserva legal mutua. HCSC es un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. HCSC es una organización Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La afiliación dependerá de la renovación del contrato.

El suscriptor reconoce expresamente que entiende que este acuerdo constituye un contrato únicamente entre el suscriptor y BCBSTX, una corporación independiente que opera bajo una licencia de Blue Cross and Blue Shield Association (la Asociación), que le permite a BCBSTX usar las marcas de servicio del estado y que BCBSTX no contrate como agente de la Asociación. Además, el suscriptor reconoce y acepta que no ha celebrado este acuerdo sobre la base de declaraciones de ninguna persona que no sea BCBSTX y que ninguna persona, entidad u organización que no sea BCBSTX será responsable ante el suscriptor por cualquiera de las obligaciones de BCBSTX para con el suscriptor establecidas en virtud de este acuerdo. Este párrafo no establecerá obligaciones adicionales de ningún tipo por parte de BCBSTX distintas de las obligaciones establecidas en virtud de otras disposiciones de este acuerdo.

## Índice

**CAPÍTULO 1: Primeros pasos como asociado ..... 5**

SECCIÓN 1 Si es asociado de Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO)..... 5
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan..... 6
SECCIÓN 3 Material importante de la membresía..... 7
SECCIÓN 4 Resumen de los costos importantes para 2026 ..... 9
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan..... 15
SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía del plan..... 16
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan ..... 17

**CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos ..... 19**

SECCIÓN 1 Contactos de Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) ..... 19
SECCIÓN 2 Cómo obtener ayuda de Medicare..... 26
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguros médicos (SHIP) ..... 28
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) ..... 28
SECCIÓN 5 Seguro Social ..... 29
SECCIÓN 6 Medicaid..... 30
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados ..... 30
SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) ..... 34
SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador? 34

**CAPÍTULO 3: Cómo usar el plan para sus servicios de atención médica ..... 36**

SECCIÓN 1 Cómo recibir atención médica como asociado de nuestro plan..... 36
SECCIÓN 2 Cómo obtener atención médica de proveedores dentro y fuera de la red..... 37
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención médica..... 41

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos? ..... 44
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica ..... 44
SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de salud ..... 46
SECCIÓN 7 Normas para la tenencia de equipos médicos duraderos ..... 48

**CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar) ..... 50**
SECCIÓN 1 Entender sus gastos de bolsillo por los servicios cubiertos ..... 50
SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios médicos y sus costos ..... 52
SECCIÓN 3 Servicios no cubiertos por nuestro plan (exclusiones) ..... 110

**CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D ..... 113**
SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan 113
SECCIÓN 2 Surta sus recetas médicas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan ..... 114
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan ..... 120
SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura ..... 122
SECCIÓN 5 ¿Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como a usted le gustaría? ..... 124
SECCIÓN 6 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año ..... 128
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos ..... 131
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta ..... 132
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales ..... 133
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos ..... 135

**CAPÍTULO 6: El monto que paga por los medicamentos de la Parte D ..... 138**

SECCIÓN 1 El monto que paga por los medicamentos de la Parte D .....138

SECCIÓN 2 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los asociados de Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO)? .....139

SECCIÓN 3 La *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* explica la etapa de pago en la que se encuentra.....140

SECCIÓN 4 La Etapa del deducible.....142

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial.....142

SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.....147

SECCIÓN 7 El monto que paga por las vacunas de la Parte D .....147

**CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos ..... 150**

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos .....150

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió.....153

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no .....154

**CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades ..... 156**

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales.....156

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como asociado de nuestro plan .....172

**CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)..... 174**

SECCIÓN 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud.....174

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada .....175

SECCIÓN 3 Qué proceso usar para su problema .....175

SECCIÓN 4 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones ..... 176
SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura ..... 180
SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación ..... 190
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto ..... 202
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto ..... 208
SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5 ..... 212
SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes ..... 216

**CAPÍTULO 10: Cancelación de su membresía en el plan ..... 221**
SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan ..... 221
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? ..... 221
SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? ..... 224
SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos, artículos y servicios médicos a través de nuestro plan ..... 225
SECCIÓN 5 Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) debe terminar su membresía del plan en determinadas situaciones ... 225

**CAPÍTULO 11: Avisos legales ..... 227**
SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes ..... 227
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación ..... 227
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare ..... 228

**CAPÍTULO 12: Definiciones ..... 229**

# CAPÍTULO 1: Primeros pasos como asociado

## SECCIÓN 1 Si es asociado de Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO)

### Sección 1.1 Usted está afiliado a Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO), que es una PPO de Medicare

Usted tiene cobertura de Medicare y ha elegido recibir la cobertura de atención médica y de medicamentos de Medicare a través de nuestro plan, Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO). Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en este plan difieren de Medicare Original.

Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) es un plan PPO Medicare Advantage (PPO significa “organización de proveedores preferidos” [Preferred Provider Organization]). Como todos los planes de salud de Medicare, esta PPO de Medicare está aprobada por Medicare y es operada por una empresa privada.

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

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de afiliación, la *Lista de medicamentos cubiertos* (Formulario) y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre cambios en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. Estos avisos a veces se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté afiliado a Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO), entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos modificar los costos y los beneficios de Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) después del 31 de diciembre de 2026. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como asociado de nuestro plan cada año solo si decidimos continuar ofreciendo nuestro plan y si Medicare renueva la aprobación de este.

## SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

### Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser asociado de nuestro plan, siempre y cuando cumpla con estas condiciones:

- Tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Viva en nuestra área geográfica de servicio (se describe en la Sección 2.2). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si están ubicadas físicamente en ella.
- Sea ciudadano estadounidense o tenga presencia legal en los Estados Unidos.

### Sección 2.2 Área de servicio del plan de Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO)

Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) solo se ofrece a las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo asociado de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicio de nuestro plan. El área de servicio se describe a continuación.

Debido a que su cobertura se proporciona mediante un contrato con su empleador o sindicato actual o anterior, su plan tiene un área de servicio nacional, definida como cualquier parte de los Estados Unidos. Para seguir siendo asociado de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicio nacional del plan.

Si tiene previsto mudarse, comuníquese con Servicio al cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento) para indicarnos su nueva dirección postal.

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

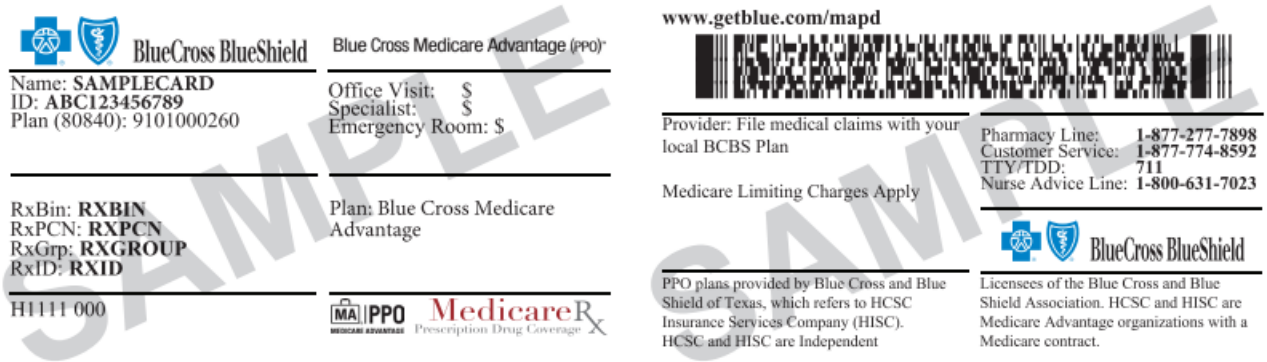
### Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Para ser asociado de un plan de salud Medicare, debe ser ciudadano estadounidense o tener presencia legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) le notificará a Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) si usted no es elegible para continuar siendo un asociado de nuestro plan por este motivo. Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) debe desafiliarlo si no cumple con este requisito.

## SECCIÓN 3 Material importante de la membresía

### Sección 3.1 Nuestra tarjeta de membresía del plan

Use su tarjeta de membresía cada vez que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si la tiene. Modelo de tarjeta de membresía del plan:




NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea asociado de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO), es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios o servicios de cuidados de hospicio, o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también denominados “ensayos clínicos”).

Si se daña, se pierde o le roban la tarjeta de membresía de nuestro plan, llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711) de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva.

## Sección 3.2 Buscador de proveedores

El *Buscador de proveedores* enumera los proveedores de equipos médicos duraderos y los proveedores actuales de nuestra red. **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestro pago y los costos compartidos del plan como pago total. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más reciente de proveedores se encuentra en nuestro sitio web en www.bcbstx.com/retiree-medicare-coa.

¿Por qué debe saber qué proveedores forman parte de nuestra red?

Como asociado de nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores de la red o fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y médicamente necesarios. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información.

Si no tiene un *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia a Servicio al cliente. Puede solicitar a Servicio al cliente más información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas sus calificaciones. También puede consultar el *Buscador de proveedores*, que se encuentra en nuestro sitio web en www.bcbstx.com/retiree-medicare-coa. Servicio al cliente puede brindarle la información más actualizada sobre los cambios de los proveedores de nuestra red.

## Sección 3.3 Directorio de farmacias

El *Directorio de farmacias* www.bcbstx.com/retiree-medicare-coa enumera las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos recetados cubiertos para los asociados de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red de nuestro plan.

Su cobertura se proporciona a través de un contrato con su empleador o sindicato actual o anterior. Dependiendo del diseño del plan de su empleador, usted PUEDE tener una red de farmacias que consta de farmacias de la red y farmacias de la red preferidas. Comuníquese con el administrador de beneficios de su empleador/sindicato para obtener más información sobre los beneficios de su plan.

Si no tiene un *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia a Servicio al cliente al 1-855-380-8542 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.bcbstx.com/retiree-medicare-coa.

### Sección 3.4 Lista de medicamentos (Formulario)

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también denominada "Lista de medicamentos" o "Formulario"). Indica qué medicamentos recetados están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO). Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados conforme al Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en la Lista de medicamentos, a menos que se hayan retirado y reemplazado, como se describe en la Sección 6 del Capítulo 5. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO).

La Lista de medicamentos le indica si existen normas que restrinjan la cobertura de un medicamento.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que suelen tomar nuestros asociados. Sin embargo, también cubrimos otros medicamentos que no están incluidos en la Lista de medicamentos. Si uno de los medicamentos que toma no figura en la Lista de medicamentos, visite nuestro sitio web o llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para saber si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar nuestro sitio web en (www.bcbstx.com/retiree-medicare-coa) o llamar a Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

## SECCIÓN 4 Resumen de los costos importantes para 2026

| | **Sus costos en 2026** |
|---|---|
| **Prima mensual del plan***<br>*El monto de su prima puede ser mayor o menor que este monto. | **Puede obtener información referente a su prima a través del** |

| | **Sus costos en 2026** |
|---|---|
| Consulte la Sección 4.1 para obtener más detalles. | **plan de salud grupal de su empleador.** |
| **Monto máximo de gastos de bolsillo**<br>Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B.<br>(Consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener más detalles). | **De proveedores de la red: No corresponde**<br>**De proveedores de la red y fuera de la red combinados: $0** |
| **Visitas al consultorio de atención primaria** | **Dentro de la red**<br>**$0 de copago por consulta**<br>**Fuera de la red**<br>**$0 de copago por consulta** |
| **Visitas al consultorio de un especialista** | **Dentro de la red**<br>**$0 de copago por consulta**<br>**Fuera de la red**<br>**$0 de copago por consulta** |
| **Hospitalizaciones** | **Dentro de la red**<br>**$0 de copago por estadía.**<br>**Fuera de la red**<br>**$0 de copago por estadía.** |
| **Deducible según la cobertura de medicamentos de la Parte D** | **$50, para los Niveles 2 y 3 con excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.** |

| | **Sus costos en 2026** |
|---|---|
| (Consulte la Sección 4 del Capítulo 6 para obtener más detalles). | |
| **Cobertura de medicamentos de la Parte D**<br>(Consulte la Sección 6 para obtener más detalles, incluido el deducible anual, las etapas de cobertura inicial y de cobertura en situaciones catastróficas). | **Copago/ coseguro durante la etapa de cobertura inicial:**<br>**Medicamento de Nivel 1: $10 de copago**<br>**Medicamento de Nivel 2: 20% ($30 mín.-$60 máx.)**<br>**Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.**<br>**Medicamento de Nivel 3: 20% ($50 mín.-$100 mín.)**<br>**Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.**<br>**Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:**<br>**Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.**<br>**Es posible que tenga que pagar costos compartidos por los medicamentos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.** |

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 afiliación tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Sección 4.4)

- Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (Sección 4.5)

### Sección 4.1 Prima del plan

Su cobertura se proporciona a través de un contrato con su empleador o sindicato actual o anterior. Comuníquese con el administrador de beneficios del empleador o del sindicato para obtener información sobre la prima de nuestro plan.

### Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

**A muchos asociados se les exige que paguen otras primas de Medicare**

Además de pagar la prima mensual del plan, **usted debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo un asociado de nuestro plan.** Esto incluye la prima correspondiente a la Parte B. También debe pagar la prima de la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

Su cobertura se proporciona a través de un contrato con su empleador o sindicato actual o anterior. Comuníquese con el administrador de beneficios del empleador o del sindicato para obtener información sobre la prima de su plan.

### Sección 4.3 Multa por afiliación tardía de la Parte D

Algunos asociados deben pagar una **multa por afiliación tardía** de la Parte D. La multa por afiliación tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse para la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que finaliza su período de afiliación inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tuvo la Parte D u otra cobertura para medicamentos recetados acreditable. La cobertura para medicamentos recetados acreditable es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare. El costo de la multa por afiliación tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin otra cobertura acreditable para medicamentos recetados o de la Parte D. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por afiliación tardía de la Parte D se agregará a su prima mensual. Cuando se inscriba por primera vez en Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO), le haremos saber el monto de la multa. Si no paga la multa por afiliación tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos recetados.

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

- Recibe Ayuda Adicional de Medicare para ayudar a pagar los costos de sus medicamentos.
- Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Asuntos de Veteranos [Veterans Health Administration, VA]). Su asegurador o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Puede recibir esta información en una carta o en un boletín de nuestro plan. Conserve esta información porque puede necesitarla si se afilia, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.
    - **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que tenía una cobertura de medicamentos recetados acreditable que se espera que cubra el mismo monto que el plan estándar para medicamentos de Medicare.
    - **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos recetados, las clínicas gratis y los sitios web de descuentos en medicamentos no son cobertura acreditable de medicamentos recetados.

**Medicare determina el monto de la multa por afiliación tardía de la Parte D.** Esta es la manera en que funciona:

- Si estuvo 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, nuestro plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país desde el año anterior (prima base nacional del beneficiario). Para 2025, el monto promedio de la prima es de $38.99.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima base nacional del beneficiario y luego redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% por $38.99, lo que equivale a $5.4586. Esto se redondea a $5.46. Este monto se agregará **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por afiliación tardía de la Parte D**.

Hay tres aspectos importantes que debe saber sobre la multa mensual por afiliación tardía de la Parte D:

- **La multa puede variar cada año** debido a que la prima base nacional del beneficiario puede cambiar cada año.
- **Usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté afiliado a un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si tiene *menos* de 65 años y está afiliado a Medicare, la multa por afiliación tardía de la Parte D se reestablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por afiliación tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de afiliación inicial para acceder a Medicare por edad.

**Si está en desacuerdo con su multa por afiliación tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión.** Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba en la que se le informe que debe pagar una multa por afiliación tardía. Sin embargo, si pagó una multa antes de inscribirse en nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por afiliación tardía.

**Importante:** No deje de pagar la multa por afiliación tardía de la Parte D mientras espera la revisión de la decisión de esta. De lo contrario, podría cancelarse su afiliación por incumplir el pago de las primas de nuestro plan.

### Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Es posible que algunos asociados deban pagar un cargo adicional, conocido como "monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso" (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que quizás deba pagar según sus ingresos, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si debe pagar un IRMAA adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo pague, generalmente, la prima de nuestro plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Deberá pagar el IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga el monto**

**adicional, su afiliación al plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos recetados.**

Si está en desacuerdo con pagar un IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778).

### Sección 4.5 Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

Si participa en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare, cada mes deberá pagar la prima de nuestro plan (si tiene una) 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 adeuda por cualquier receta que reciba, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses restantes del año.

La Sección 7 del Capítulo 2 brinda 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 Cómo pagar la prima de nuestro plan

Para obtener información sobre el monto de la prima o la multa por afiliación tardía de la Parte D de la que puede ser responsable o los métodos para pagar su prima o multa por afiliación tardía de la Parte D, comuníquese con el administrador de beneficios de su empleador/sindicato.

### Sección 5.2 No cambiaremos la prima mensual de nuestro plan durante el año

No podemos cambiar el monto que cobramos por la prima mensual de nuestro plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre, y la nueva prima entrará en vigencia el 1 de enero.

Si se vuelve elegible para recibir Ayuda Adicional o pierde la elegibilidad para dicha Ayuda Adicional durante el año, la parte de la prima de nuestro plan que debe pagar puede cambiar. Si reúne los requisitos para recibir Ayuda Adicional con los costos de su cobertura de medicamentos, la Ayuda Adicional pagará parte de la

prima mensual de su plan. Si pierde la elegibilidad para la Ayuda Adicional durante el año, deberá comenzar a pagar la prima mensual completa del plan. La Sección 7 del Capítulo 2 brinda más información sobre la Ayuda Adicional.

## SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía del plan

Su registro de membresía contiene información del formulario de afiliación, como su dirección y número de teléfono. Este muestra la cobertura específica del plan, incluido su proveedor de atención primaria, grupo médico y asociación de prácticas independientes (Independent Practice Association, IPA).

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

**Si tiene alguno de estos cambios, háganoslo saber:**

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, indemnización por accidentes de trabajo o Medicaid).
- Cualquier reclamación de responsabilidad, como reclamaciones por un accidente automovilístico.
- Si se lo admite en un hogar de ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o fuera de la red.
- Si cambia la persona responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informarle a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si esta información cambia, háganoslo saber llamando a Servicio al cliente al 1-855-380-8542 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY pueden llamar 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 conforme a nuestro plan. A esto se lo denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez por año, le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información no es correcta o cuenta con otra cobertura que no está en la lista, llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Es posible que deba proporcionarle el número de identificación de asociado de nuestro plan (una vez que haya confirmado su identidad) a sus otros aseguradores para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

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

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

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

tiene 20 o más empleados o si al menos un empleador de un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.

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

En general, estos tipos de cobertura pagan primero por servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico).
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico).
- Beneficios por neumoconiosis.
- Indemnización por accidentes de trabajo.

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

# CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos

## SECCIÓN 1 Contactos de Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO)

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene preguntas sobre la tarjeta de asociado, llame o escriba a Servicio al cliente de Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) al 1-855-380-8542 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Con gusto lo ayudaremos.

| Información de contacto de Servicio al cliente | |
|---|---|
| **Llamadas** | 1-855-380-8542<br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días feriados.<br>Servicio al cliente, 1-855-380-8542 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711), también cuenta con servicios de interpretación de idiomas gratuitos para las personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | 711<br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días feriados. |
| **FAX** | 1-855-895-4747 |
| **Correo postal** | Customer Service<br>P.O. Box 4555<br>Scranton, PA 18505 |

## Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información acerca de cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre la atención médica, consulte el Capítulo 9.

Llámenos si tiene preguntas sobre nuestro proceso de decisión de cobertura.

| **Información de contacto para decisiones de cobertura sobre atención médica** | |
|---|---|
| **Llamadas** | 1-855-380-8542<br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días feriados. |
| **TTY** | 711<br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días feriados. |
| **FAX** | 1-855-874-4711 |
| **Correo postal** | Blue Cross Medicare Advantage c/o Coverage Decisions<br>P.O. Box 4288<br>Scranton, PA 18505 |

## Cómo solicitar una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información acerca de cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre la atención médica, consulte el Capítulo 9.

| Información de contacto para apelaciones sobre atención médica | |
|---|---|
| **Llamadas** | 1-855-380-8542<br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días feriados. |
| **TTY** | 711<br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días feriados. |
| **FAX** | 1-855-674-9185 |
| **Correo postal** | Blue Cross Medicare Advantage<br>c/o Appeals<br>P.O. Box 663099<br>Dallas, TX 75266 |

### Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de los proveedores de nuestra red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información acerca de cómo presentar una queja sobre la atención médica, consulte el Capítulo 9.

| Información de contacto para quejas sobre atención médica | |
|---|---|
| **Llamadas** | 1-855-380-8542<br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días feriados. |
| **TTY** | 711<br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días feriados. |
| **FAX** | 1-855-674-9189 |
| **Correo postal** | Blue Cross Medicare Advantage<br>c/o Grievances<br>P.O. Box 4288<br>Scranton, PA 18505 |
| **Sitio web de Medicare** | Puede presentar una queja sobre Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. |

### Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte del costo por atención médica o un medicamento que usted recibió

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

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

| Información de contacto para decisiones de cobertura sobre medicamentos recetados de la Parte D | |
|---|---|
| **Llamadas** | 1-855-380-8542<br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días feriados. |
| **TTY** | 711<br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días feriados. |
| **FAX** | 1-855-212-8110 |
| **Correo postal** | Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO)<br>Attn: Clinical Review Department<br>2900 Ames Crossing Road, Suite 200<br>Eagan, MN 55121 |

### Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre sus medicamentos de la Parte D

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información acerca de cómo solicitar apelaciones sobre sus medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

| Información de contacto para apelaciones sobre medicamentos recetados de la Parte D | |
|---|---|
| **Llamadas** | 1-855-380-8542<br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días feriados. |

| Información de contacto para apelaciones sobre medicamentos recetados de la Parte D | |
|---|---|
| **TTY** | 711<br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días feriados. |
| **FAX** | 1-855-212-8110 |
| **Correo postal** | Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO)<br>Attn: Clinical Review Department<br>2900 Ames Crossing Road, Suite 200<br>Eagan, MN 55121 |

### Cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguna de las farmacias de nuestra red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

| Información de contacto para quejas sobre medicamentos recetados de la Parte D | |
|---|---|
| **Llamadas** | 1-855-380-8542<br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días feriados. |
| **TTY** | 711<br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días feriados. |
| **FAX** | 1-855-674-9189 |
| **Correo postal** | Blue Cross Medicare Advantage<br>c/o Grievances<br>P.O. Box 4288<br>Scranton, PA 18505 |
| **Sitio web de Medicare** | Puede presentar una queja sobre Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. |

### Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte del costo por atención médica o un medicamento que usted recibió

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

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

| Información de contacto para la solicitud de pago de la atención médica | |
|---|---|
| **Correo postal** | Medical Claims Payment Request<br>P.O. Box 4195<br>Scranton, PA 18505 |

| Información de contacto para la solicitud de pago de los medicamentos recetados | |
|---|---|
| **Correo postal** | Prescription Drugs Claims Payment Request<br>P.O. Box 20970<br>Lehigh Valley, PA 18002-0970 |

| Información de contacto para la solicitud de pago de los servicios de cuidado urgente o de emergencia internacional | |
|---|---|
| **Correo postal** | Blue Cross Blue Shield Global Core<br>Service Center<br>P.O. Box 2048<br>Southeastern, PA 19399 |
| **Sitio web** | www.bcbsglobalcore.com |

## SECCIÓN 2 Cómo obtener ayuda de Medicare

Medicare es el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

| Información de contacto de Medicare | |
|---|---|
| **Llamadas** | 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>Las 24 horas, los 7 días de la semana. |

| **Información de contacto de Medicare** | |
|---|---|
| **TTY** | 1-877-486-2048<br>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.<br>Las llamadas a este número son gratuitas. |
| **Chat en vivo** | Chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone |
| **Correo postal** | Escriba a Medicare a la siguiente dirección: PO Box 1270, Lawrence, KS 66044 |
| **Sitio web** | www.Medicare.gov<br>• Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluido su costo y los servicios que brindan.<br>• Encuentre médicos participantes de Medicare u otros proveedores y proveedores de atención médica.<br>• Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, inyecciones o vacunas y consultas anuales de “bienestar”).<br>• Obtenga información y formularios sobre las apelaciones de Medicare.<br>• Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por los planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención médica domiciliaria, centros de diálisis, centros de cuidados de hospicio, centros de rehabilitación para pacientes internos y hospitales de atención a largo plazo.<br>• Busque sitios web y números telefónicos útiles.<br>También puede visitar Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO).<br>**Para presentar una queja ante Medicare**, ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. |

## SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguros médicos (SHIP)

El Programa estatal de asistencia sobre seguros médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. Consulte el anexo al final de este documento para encontrar información sobre el SHIP de su estado, que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare.

El Programa estatal de asistencia sobre seguros médicos (SHIP) es un programa estatal independiente (que no tiene relación con ninguna empresa de seguros ni con ningún plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Con la ayuda de los asesores del Programa estatal de asistencia sobre seguros médicos (SHIP), puede entender sus derechos de Medicare, presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento y resolver problemas con sus facturas de Medicare. Asimismo, los asesores del Programa estatal de asistencia sobre seguros médicos (SHIP) pueden brindarle ayuda si tiene preguntas o problemas relacionados con Medicare, aclarar sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

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

Una Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) designada atiende a las personas con Medicare en cada estado. En Texas, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Acentra Health.

Acentra Health cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes Medicare les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare.

Acentra Health es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Comuníquese con Acentra Health en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Algunos ejemplos de problemas relacionados con la calidad de la atención incluyen

obtener el medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios, o un diagnóstico erróneo.

- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de atención médica a domicilio, los servicios en centros de atención de enfermería especializada o los servicios en Centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

Consulte el anexo al final de este documento para obtener una lista de las Organizaciones para el Mejoramiento de la Calidad.

## SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y se encarga de la afiliación en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia de dirección postal, comuníquese con el Seguro Social para hacérselos saber.

| **Información de contacto del Seguro Social** | |
|---|---|
| **Llamadas** | 1-800-772-1213<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m.<br>Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas. |
| **TTY** | 1-800-325-0778<br>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m. |
| **Sitio web** | www.SSA.gov |

## SECCIÓN 6 Medicaid

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

- **Beneficiario de Medicare que reúne los requisitos (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para los beneficios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que reúne los requisitos (Qualifying Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados que reúnen los requisitos (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre los Programas de ahorros de Medicaid y Medicare, comuníquese con la agencia de Medicaid de su estado que figura en el anexo que se encuentra en la contratapa de este documento.

## SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados

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

### Ayuda Adicional de Medicare

Medicare y el Seguro Social tienen un programa denominado Ayuda Adicional que puede ayudar a pagar los costos de los medicamentos para personas con ingresos y recursos limitados. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos

de los medicamentos recetados. Esta Ayuda Adicional también cuenta para los gastos de bolsillo.

Si reúne los requisitos automáticamente para la Ayuda Adicional, Medicare le enviará una carta morada para informarle. Si no reúne los requisitos automáticamente, puede presentar su solicitud en cualquier momento. Para saber si reúne los requisitos para recibir Ayuda Adicional:

- Visite https://secure.ssa.gov/i1020/start para presentar la solicitud en línea.
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

Al solicitar Ayuda Adicional, también puede iniciar el proceso de solicitud para un Programa de ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP). Estos programas estatales proporcionan ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud de MSP, a menos que usted les indique lo contrario en la solicitud de Ayuda Adicional.

Si reúne los requisitos para la Ayuda Adicional y considera que está pagando un monto incorrecto por su receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para que pueda obtener evidencia del monto correcto del copago. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarlo a compartir esta evidencia con nosotros.

- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento recetado. Si termina pagando más por el copago, le haremos un reembolso, ya sea mediante cheque o mediante un crédito para un copago futuro. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene preguntas, llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

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

Muchos estados ofrecen ayuda para pagar las recetas, las primas del plan de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa

estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP), el programa Ayuda Adicional de Medicare paga primero.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo afiliarse al programa, llame al Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP) de su estado que figura en el anexo que se encuentra en la contratapa de este documento.

### ¿Qué ocurre si tiene Ayuda Adicional y cobertura de un Programa de asistencia para medicamentos contra el sida (ADAP)?

El Programa de asistencia para medicamentos contra el sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas que viven con VIH/sida a tomar medicamentos que mejoran la calidad de vida. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el Formulario del ADAP reúnen los requisitos para recibir ayuda con los costos compartidos de medicamentos recetados a través del Programa de asistencia para medicamentos contra el sida.

**Nota:** Para ser elegible para el programa ADAP que funciona en su estado, debe cumplir con ciertos criterios, entre los que se incluyen un comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, un comprobante de bajos ingresos (según lo establece el estado) y un estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifíqueselo a su trabajador local de afiliación del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo afiliarse al programa, llame 1-800-255-1090.

### Programas estatales de asistencia farmacéutica

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

En Texas, el Programa estatal de asistencia farmacéutica es el Programa de Atención de la Salud Renal (Kidney Health Care Program, KHC): Programas de Asistencia Farmacéutica del Estado de Texas (solo asistencia ESRD).

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo afiliarse al programa, llame al Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP) de su estado que figura en el anexo en la contratapa de este documento.

### Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos a fin de que pueda administrar los costos para los medicamentos cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo **del año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona que cuente con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Dicha opción podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reduce los costos de sus medicamentos. Si participa en el Plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare y continúa con el mismo plan de la Parte D, dicha participación se renovará automática para 2026**. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicio al cliente al *1-855-380-8542* (los usuarios de TTY pueden llamar al *711*) o visite www.Medicare.gov.

| **Información de contacto del Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare** | |
|---|---|
| **Llamadas** | 1-855-380-8542<br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, servicio de correo de voz) los fines de semana y días feriados.<br>Servicio al cliente *1-855-380-8542* (los usuarios de TTY pueden llamar al *711*) también cuenta con servicios de interpretación de idiomas gratuitos para las personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | 711<br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días feriados. |
| **FAX** | 1-440-557-6525 |
| **Correo postal** | Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO)<br>MPPP Election Dept.<br>13900 N. Harvey Ave<br>Edmond, OK 73013<br>Email: ElectMPPP@RxPayments.com |
| **Sitio web** | https://www.bcbstx.com/medicare/member/using-your-plan/medicare-prescription-payment-plan |

## SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, infórmeles si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre los beneficios que le ofrece la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

| Información de contacto de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) | |
|---|---|
| **Llamadas** | 1-877-772-5772<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>Presione “0” para hablar con un representante de la RRB, de 9 a. m. a 3:30 p. m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a. m. a 12 p. m. los miércoles.<br>Presione “1” para acceder a la Línea de ayuda automatizada de la RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días feriados. |
| **TTY** | 1-312-751-4701<br>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.<br>Las llamadas a este número no son gratuitas. |
| **Sitio web** | https://RRB.gov |

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

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) obtiene beneficios de un plan grupal ofrecido por el empleador o de jubilados (o del de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicio al cliente al 1-855-380-8542 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de afiliación del plan grupal ofrecido por el empleador o de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica). (Los números de teléfono de Servicio al cliente figuran en la contraportada de este documento). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas

sobre la cobertura de Medicare conforme a este plan. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene otra cobertura para medicamentos recetados a través de su plan grupal ofrecido por el empleador o de jubilados (o del de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese plan grupal.** Con la ayuda del administrador de beneficios, puede determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos recetados en relación con nuestro plan.

# CAPÍTULO 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios de atención médica

## SECCIÓN 1 Cómo recibir atención médica como asociado de nuestro plan

Este capítulo explica lo que debe saber sobre el uso de nuestro plan para recibir su cobertura de atención médica. Para obtener detalles sobre los servicios de atención médica que cubre nuestro plan y cuánto debe pagar al recibir atención, consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

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

- Los **proveedores** son médicos y otros profesionales de la atención médica con licencia otorgada por el estado para brindar servicios y atención médica. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los asociados de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros, equipos y medicamentos recetados que estén cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos recetados se analizan en el Capítulo 5.

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

Como plan de salud de Medicare, Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y seguir las normas de cobertura de Medicare Original.

Por lo general, Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) cubrirá su atención médica siempre y cuando suceda lo siguiente:

- **La atención médica que reciba se incluye en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan** que se encuentra en el Capítulo 4.
- **La atención médica que reciba se considere médicamente necesaria.** "Médicamente necesaria" significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Usted reciba la atención de un proveedor elegible para proporcionar servicios de conformidad con Medicare Original.** Como asociado de nuestro plan, puede recibir atención de un proveedor de la red o de un proveedor fuera de la red. (Consulte la Sección 2 para obtener más información).
    - Los proveedores de nuestra red se enumeran en el *Buscador de proveedores* www.bcbstx.com/retiree-medicare-coa.
    - Nota: Si bien puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto por la atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si acude a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba. Consulte con su proveedor antes de recibir servicios para confirmar que es elegible para participar en Medicare.

## SECCIÓN 2 Cómo obtener atención médica de proveedores dentro y fuera de la red

### Sección 2.1 Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red

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

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

No se requieren referidos a especialistas ni a otros proveedores de la red. Los asociados pueden autorreferirse (no se requiere notificación al plan).

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el servicio. Esto se conoce como **"autorización previa".** En ocasiones, el requisito para obtener esta aprobación anticipada ayuda a orientar el uso adecuado de los servicios que son médicamente necesarios. Si no obtiene esta autorización, es posible que el plan no cubra el servicio. Si utiliza un proveedor dentro de la red, es responsabilidad del proveedor contratado seguir nuestras pautas y solicitar la autorización previa requerida en su nombre, mientras lo exime de responsabilidad. Se les recomienda a los asociados PPO que elijan recibir servicios fuera de la red que notifiquen al plan acerca de dichos servicios, para que el plan pueda ayudar al asociado con la coordinación de la atención. Los servicios recibidos fuera de la red deben ser médicamente necesarios. Usted o su proveedor tratante pueden solicitar una revisión de necesidad médica antes de recibir los servicios.

- Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 (también disponible en nuestro sitio web www.bcbstx.com/retiree-medicare-coa) para determinar qué servicios, dispositivos y equipos necesitan autorización previa como condición de pago antes de que se preste el servicio. Las solicitudes de autorización previa se revisan y determinan dentro del plazo establecido por los estándares de los CMS, y deben cumplir con los criterios de necesidad médica.
- El médico solicitante debe enviar las autorizaciones previas por teléfono, fax o a través del portal electrónico del proveedor. Esta información de contacto se ha puesto a disposición de todos los médicos. El asociado o el apoderado del asociado puede solicitar una autorización previa; sin embargo, sí se deberá involucrar al médico solicitante para completar la información necesaria a fin de tramitar la autorización previa.
- La solicitud de autorización previa es revisada por un médico clínico de Blue Cross Group Medicare Advantage o un director médico (Medical Director, MD) con suficiente experiencia médica y de otro tipo, lo que incluye el conocimiento de los criterios de cobertura de Medicare, antes de que Blue Cross Group Medicare Advantage emita la decisión de cobertura.
- Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) requiere que los proveedores de la red presenten solicitudes de autorización previa antes de

proporcionar el servicio. En caso que necesite recibir servicios de emergencia, no se requiere autorización previa. Para una admisión posterior de la sala o departamento de emergencias, se requerirá autorización previa.

- Los asociados que utilizan su opción PPO no están obligados a obtener autorización para servicios fuera de la red; sin embargo, los servicios deben cumplir con los criterios de necesidad médica para estar cubiertos.
- Se recomienda a los asociados que elijan recibir servicios fuera de la red que notifiquen al plan de dichos servicios, para que el plan pueda ayudar al asociado con la coordinación de la atención.
- Si necesita atención médica cuando se encuentra fuera de Texas, nuestro beneficio ofrecido a través de BlueCard® mediante Blue Cross and Blue Shield Association le permite recibir atención de rutina y de seguimiento preautorizada según sea necesario. Si tiene preguntas sobre la preautorización cuando viaja, llame a Servicio al cliente.
- El programa Global Core brinda a los asociados que viajan fuera de los Estados Unidos y sus territorios acceso a servicios de asistencia médica de urgencia y emergencia, así como a médicos y hospitales en más de 200 países de todo el mundo. Si tiene preguntas acerca de qué servicios de atención médica están cubiertos cuando viaja, llame a Servicio al cliente o acceda a la información en www.bcbsglobalcore.com.

**Cuando un especialista u otro proveedor de la red abandona nuestro plan**

Durante el transcurso del año, es posible que implementemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) de la red de nuestro plan. Si su médico o especialista abandona nuestro plan, usted cuenta con los siguientes derechos y protecciones:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede sufrir cambios en el curso del año, Medicare exige que usted tenga acceso continuo a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor deja de pertenecer a nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
  - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja de pertenecer a nuestro plan, le informaremos si visitó a ese proveedor en los últimos 3 años.
    - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si se le asigna al proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si lo visitó en los últimos 3 meses.
- Con nuestra ayuda, puede elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para que reciba atención continua.

- Si está realizando tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que se le sigan proporcionando los tratamientos o las terapias médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le daremos información sobre los períodos de afiliación disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas, coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores con los costos compartidos dentro de la red.
- Si descubre que el médico o especialista abandona nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a elegir un nuevo proveedor para administrar su atención médica.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está gestionando como corresponde, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, un reclamo sobre la calidad de la atención ante nuestro plan o ambos (consulte el Capítulo 9).

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, comuníquese con Servicio al cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento).

## Sección 2.2 Cómo obtener atención médica de proveedores dentro y fuera de la red

Como asociado de nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, tenga en cuenta que los proveedores que no tienen contrato con nosotros no tienen la obligación de proporcionarle tratamiento, excepto en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores de la red o fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y médicamente necesarios. Sin embargo, **si acude a un proveedor fuera de la red, su parte de los costos de sus servicios cubiertos puede ser mayor.** A continuación, se incluye información más importante que debe saber sobre el acceso a los proveedores fuera de la red:

- Puede recibir atención de un proveedor fuera de la red; sin embargo, en la mayoría de los casos, ese proveedor debe ser elegible para participar con Medicare. Excepto por la atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba. Consulte

con su proveedor antes de recibir servicios para confirmar que es elegible para participar en Medicare.

- No necesita un referido ni una autorización previa para recibir atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de recibir servicios de proveedores fuera de la red, es posible que desee solicitar una decisión de cobertura previa a la consulta para confirmar que los servicios que recibe están cubiertos y son médicamente necesarios (consulte la Sección 4 del Capítulo 9). Esto es importante por este motivo:
    - Sin una decisión de cobertura previa a la consulta, y si nuestro plan determina más adelante que los servicios no están cubiertos o que no eran médicamente necesarios, nuestro plan puede rechazar la cobertura, lo que significa que usted será responsable del costo total. Si sostenemos que no cubriremos los servicios que recibió, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir la atención médica (consulte el Capítulo 9).
- Lo ideal es solicitarle a un proveedor fuera de la red que primero le facture a nuestro plan. Sin embargo, si ya pagó los servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. O bien, si un proveedor fuera de la red le envía una factura que usted cree que deberíamos pagar, puede enviárnosla para su pago (consulte el Capítulo 7).
- Si utiliza un proveedor fuera de la red para recibir atención de emergencia, servicios de urgencia o diálisis fuera del área, es posible que no deba pagar un monto de costos compartidos más alto (consulte la Sección 3).

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

### Sección 3.1 Obtenga atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** se produce cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda a la brevedad posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No es necesario que primero obtenga la autorización o un referido del PCP. No es necesario que use un médico de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada incluso si no forma parte de nuestra red.

**Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar a nuestro plan acerca de su emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona debería llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Comuníquese con Servicio al cliente al *1-855-380-8542*. (Los usuarios de TTY pueden llamar al *711*). El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días feriados.

### Servicios cubiertos durante una emergencia médica

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en casos en los que acudir a la sala de emergencias por cualquier otro medio podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brinden atención de emergencia decidirán cuándo su afección está estable y cuándo haya pasado la emergencia médica.

Una vez que la emergencia esté bajo control, tiene derecho a una atención de seguimiento para garantizar que su afección continúe siendo estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba atención adicional. El plan cubre la atención de seguimiento.

### ¿Y si no fuera una emergencia médica?

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

## Sección 3.2 Reciba atención si necesita acceder a servicios de urgencia

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) es un servicio necesario de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones

médicas imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los controles anuales, no se consideran necesarias de urgencia incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o la red del plan no está disponible temporalmente.

### ¿Qué sucede si se encuentra dentro del área de servicio del plan y se le presenta una necesidad urgente de atención médica?

Si se presenta una situación de urgencia, debe acudir directamente al centro de atención más cercano para recibir tratamiento. Cubriremos el servicio de acuerdo con su beneficio. Consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 para obtener más detalles.

### ¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan y se le presenta necesidad urgente de atención médica?

Como asociado de nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores dentro o fuera de la red. Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores dentro o fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y médicamente necesarios. Los costos compartidos son iguales para los proveedores dentro y fuera de la red.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y de cuidado urgente en todo el mundo fuera de los Estados Unidos bajo las siguientes circunstancias:

Si se encuentran fuera de los Estados Unidos, los asociados solo pueden obtener servicios que se clasificarían como servicios de urgencia y de emergencia si hubieran estado cubiertos dentro de los Estados Unidos. Esta cobertura también puede incluir servicios de ambulancia en todo el mundo. Comuníquese con el plan para obtener más detalles al 1-855-380-8542.

## Sección 3.3 Cómo recibir atención durante un desastre

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

Visite www.bcbstx.com/retiree-medicare-coa para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir receta médica en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5.

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

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

### Sección 4.1 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted deberá pagar el costo total

Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) cubre todos los servicios necesarios desde el punto de vista médico enumerados en la Tabla de beneficios médicos que se encuentra en el Capítulo 4. Si obtiene servicios que no están cubiertos por nuestro plan, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

En el caso de los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de usar su beneficio para ese tipo de servicio cubierto.

## 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 la que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como por ejemplo qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio. En caso de participar en un estudio de investigación clínica, puede permanecer afiliado en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

**Si participa en un estudio autorizado por Medicare, Medicare Original pagará la mayoría de los costos por los servicios cubiertos que reciba como parte de este estudio.** Si nos informa que está participando en un ensayo clínico calificado, solo será responsable de los costos compartidos dentro de la red correspondientes a los servicios de ese ensayo. Si pagó más (por ejemplo, si ya pagó el monto de los costos compartidos de Medicare Original), le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los costos compartidos dentro de la red. Necesitará proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó.

Si no desea participar en ningún estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su PCP. No es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un estudio clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con estudios de desarrollo de evidencia [National Coverage Determination-Coverage with Evidence Development, NCD-CED] y de exención de dispositivos de investigación [Investigational Device Exemption, IDE]). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan).

Si bien no necesita el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

Si tiene previsto participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento) para informarles que participará en un estudio clínico y para saber de forma específica los costos que asumirá el plan.

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

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

- Alojamiento y alimentación para una hospitalización que Medicare pagaría, aun si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones ocasionadas por la nueva atención médica.

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

*Ejemplo de costos compartidos en un estudio clínico:* supongamos que se realiza una prueba de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. Su parte del costo de esta prueba es de $20 con Medicare Original, pero la prueba costaría $10 con nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría $80 por la prueba y usted pagaría el copago de $20 requerido por Medicare Original. Luego, debería notificarle a nuestro plan que recibió un servicio de estudio clínico calificado y debería enviarle la 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 de $10, el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

En caso de participar en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan asumirá los costos en ninguna de las siguientes situaciones:**

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

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

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, consulte la publicación de 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 pueden llamar al 1-877-486-2048.

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

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

Una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de salud es un centro que brinda cuidados para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en

un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un asociado, se brindará cobertura para su atención en una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de salud. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internos de la Parte A (servicios de atención no médica).

## Sección 6.2 Cómo recibir atención de una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de salud

Si desea recibir atención de una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de salud, debe firmar un documento legal en el que declare que se opone por motivos de conciencia a recibir tratamiento médico que sea **no exceptuado**.

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

Si desea que la cobertura de nuestro plan se aplique, la atención médica que reciba de una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de salud deberá cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos de atención médica que no tengan que ver con la religión.
- Si recibe servicios de esta institución dentro de un centro, se aplicarán las siguientes condiciones:
    - Usted debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria como paciente interno o atención en un centro de enfermería especializada.
    - – *y* –debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en el centro, o su estadía no estará cubierta.

No hay límite en la cantidad de días cubiertos por el plan por período de beneficios. Para obtener más detalles, consulte la sección de pacientes internos en el Capítulo 4, Tabla de beneficios médicos.

# SECCIÓN 7 Normas para la tenencia de equipos médicos duraderos

## Sección 7.1 Usted no será propietario de ningún equipo médico duradero después de realizar cierta cantidad de pagos conforme a nuestro plan

Los equipos médicos duraderos (Durable Medical Equipment, DME) incluyen equipos e insumos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, camas eléctricas, muletas, productos para pacientes diabéticos, aparatos generadores de voz, bombas de infusión intravenosa (IV), nebulizadores y camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para uso domiciliario por parte de los asociados. Tenga en cuenta que algunos de los artículos de los DME siempre serán propiedad del asociado, como las prótesis. Debe alquilar otros tipos de DME.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del equipo después de pagar copagos por el equipo durante 13 meses. **Como asociado de Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO), por lo general, no obtendrá la propiedad de los equipos médicos duraderos alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que realice por dicho artículo, mientras sea afiliado a nuestro plan**. No obtendrá la propiedad incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de los DME alquilados bajo Medicare Original antes de afiliarse a nuestro plan. En algunas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo de los DME. Llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar a 711) para obtener más información.

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

Si no obtuvo la propiedad del artículo de los DME mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Medicare Original para ser propietario del dicho artículo. Los pagos que realizó mientras estaba afiliado a nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

Si realizó menos de 13 pagos por el DME conforme a Medicare Original antes de afiliarse a nuestro plan, sus pagos anteriores tampoco cuentan para los 13 pagos consecutivos. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que se vuelva a afiliar a Medicare Original. No hay excepciones a este caso cuando regresa a Medicare Original.

## Sección 7.2 Normas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si califica para Medicare la cobertura de equipos de Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) oxígeno, cubrirá:

- El alquiler de los equipos de oxígeno.
- Suministro de oxígeno y su contenido.
- Tuberías y accesorios relacionados con oxígeno para el suministro de oxígeno y su contenido.
- El mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno.

Si se va de Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) o ya no necesita el equipo de oxígeno por motivos médicos, entonces el equipo de oxígeno debe ser devuelto.

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

Medicare Original requiere que un proveedor de oxígeno le proporcione sus servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago del oxígeno). Después de 5 años, puede elegir permanecer en la misma compañía o ir a otra. En este punto, el ciclo de 5 años comienza de nuevo, incluso si permanece en la misma compañía, y nuevamente debe pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se afilia a nuestro plan o lo deja, el ciclo de cinco 5 años comienza de nuevo.

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

## SECCIÓN 1 Entender sus gastos de bolsillo por los servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos y muestra cuánto paga por cada servicio cubierto como un asociado de Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO). Esta sección también brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos.

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

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

- **Copago:** es un monto fijo que paga cada vez que recibe algún servicio médico. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coseguro:** es el porcentaje que paga del costo total de cierto servicio médico. Usted paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre su coseguro).

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

Si considera que se le está solicitando un pago incorrecto, comuníquese con Servicio al cliente.

### Sección 1.2 Deducible de nuestro plan

Este plan no tiene deducible para los servicios médicos.

### Sección 1.3 ¿Cuál es el máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?

Debido a que está afiliado a un plan Medicare Advantage, existe un límite referente a cuánto debe pagar de su bolsillo cada año por servicios médicos

dentro y fuera de la red cubiertos por nuestro plan. A continuación, se indica el monto máximo que deberá pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos dentro y fuera de la red.

Su monto máximo combinado de gastos de bolsillo es de $0. Este monto es lo máximo que pagará durante el año calendario por los servicios cubiertos del plan y que recibió de proveedores dentro y fuera de la red. Los montos que paga por deducibles (si su plan tiene un deducible), copagos y coseguro por servicios cubiertos cuentan para este monto máximo combinado de gastos de bolsillo. Los montos que paga por las primas del plan y por sus medicamentos de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo combinado de gastos de bolsillo. Además, los montos que pague por algunos servicios, como los beneficios complementarios y los medicamentos que no son de la Parte D de Medicare, no cuentan para el monto máximo combinado de gastos de bolsillo. Si paga $0 por los servicios cubiertos, tendrá una cobertura del 100% y no tendrá gastos de bolsillo por el resto del año para los servicios cubiertos. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de nuestro plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

## Sección 1.4 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

Como asociado de Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO), usted tiene una protección importante porque, después de cumplir con cualquier deducible, solo tiene que pagar su monto de costos compartidos cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales por separado, llamados **facturación de saldos**. Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

La protección contra la facturación de saldos es de la siguiente manera:

- Si sus costos compartidos son un copago (un monto determinado de dinero, por ejemplo, $15.00), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto de un proveedor dentro o fuera de la red.
- Si sus costos compartidos son un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, el costo depende del tipo de proveedor que consulte:
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro

multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para los proveedores participantes.

- Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.

- Si cree que un proveedor le ha facturado el saldo, llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

## SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios médicos y sus costos

La Tabla de beneficios médicos que figura en las páginas siguientes enumera los servicios Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) cubiertos y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5). Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos asociados, su plan de atención coordinada de Medicare Advantage debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan Medicare Advantage no puede exigir autorización previa para ningún tratamiento activo, incluso si el tratamiento era para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos como servicios dentro de la red *solo* si el médico u otro proveedor de la red obtiene la aprobación por adelantado (esto suele denominarse “autorización previa”) de Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO).
  - Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado para estar cubiertos como servicios dentro de la red están marcados en **negrita** en la Tabla de beneficios médicos.

- Nunca necesita aprobación por adelantado para los servicios fuera de la red de proveedores fuera de la red.
- Si bien no necesita aprobación por adelantado para los servicios fuera de la red, usted o su médico pueden solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por adelantado.

- Si su plan de atención coordinada aprueba una solicitud de autorización previa para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención, de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historia clínica y la recomendación del proveedor tratante.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- En el caso de los beneficios en los que sus costos compartidos son un porcentaje de coseguro, el monto que paga depende del tipo de proveedor del que recibe los servicios.
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
  - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para proveedores no participantes.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Para otros, usted paga *menos.* (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare y usted 2026*. Véalo en línea en www.Medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- En el caso de los servicios preventivos cubiertos sin costo alguno por Medicare Original, también cubrimos esos servicios sin costo alguno para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

Esta manzana muestra los servicios preventivos de la Tabla de beneficios médicos.

## Tabla de beneficios médicos

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Apoyo de la línea de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana**<br>Llame al: 1-800-631-7023; durante las 24 horas, los 7 días de la semana.<br>El personal de enfermería está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. Pueden ayudarle con sus inquietudes de salud y darle consejos generales de salud. Obtenga orientación confiable sobre posibles servicios de atención de emergencia, atención de urgencia, atención familiar y más. | $0 de copago para el apoyo de la línea profesional de enfermería. |
| **Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal**<br>Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta evaluación si tiene determinados factores de riesgo y si obtiene un referido del médico, asistente médico, personal de enfermería especializado o especialista en enfermería especializada clínica.<br>***Pueden aplicarse reglas de autorización.*** | **Dentro de la red**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los asociados elegibles para esta prueba de detección preventiva.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para servicios cubiertos por Medicare. |
| **Acupuntura para el dolor crónico lumbar**<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>Se cubren hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias:<br>A los fines de este beneficio, el dolor crónico lumbar se define según los siguientes términos:<br>• dolor con una duración de 12 semanas o más; | **Dentro de la red**<br>$0 de copago para cada consulta cubierta por Medicare.<br>**Fuera de la red** |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| • no es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.);<br>• no está relacionado con una cirugía; y<br>• no está relacionado con un embarazo.<br><br>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año.<br><br>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora.<br><br>***Pueden aplicarse reglas de autorización.***<br><br>**Requisitos del proveedor:**<br><br>Los médicos (según se define en el artículo 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.<br><br>Los asistentes médicos (Physician assistants, PA), enfermeros practicantes (nurse practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialists, CNS) (como se identificó en la sección 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen:<br>• un máster o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture y Oriental Medicine, ACAOM); y,<br>• una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia.<br><br>El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras | $0 de copago para cada consulta cubierta por Medicare.<br><br>**Servicios de acupuntura complementarios**<br><br>**Dentro y fuera de la red**<br><br>$0 de copago para hasta 12 consulta(s) de acupuntura de rutina cada año. |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| reglamentaciones en las secciones 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR). | |
| **Servicios de ambulancia**<br>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o giratoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención solamente si se trata de un asociado cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan. Si los servicios de ambulancia no están cubiertos para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del asociado es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. ***Pueden aplicarse normas de autorización previa.*** | $0 de copago para cada servicio de ida de ambulancia terrestre cubierto por Medicare.<br>$0 de copago para cada servicio de transporte aéreo de ida cubierto por Medicare. |
| **Examen físico anual**<br>El examen físico de rutina es una evaluación y manejo integral de un individuo en medicina preventiva, que incluye un historial adecuado para su edad y sexo, examen práctico, orientación anticipatoria e intervenciones de reducción de los factores de riesgo. ***Pueden aplicarse reglas de autorización.*** | **Dentro de la red**<br>$0 de copago para un examen físico anual.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para un examen físico anual. |
| **Consulta anual de bienestar**<br>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y sus factores de riesgo actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses.<br>**Nota:** su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta | **Dentro de la red**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de bienestar.<br>**Fuera de la red** |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| preventiva *Bienvenido a Medicare*. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de *Bienvenido a Medicare* para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.<br>***Pueden aplicarse normas de autorización previa.*** | $0 de copago para servicios cubiertos por Medicare. |
| **Densiometría ósea**<br>Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea; incluye la lectura de los resultados por parte del médico.<br>***Pueden aplicarse normas de autorización previa.*** | **Dentro de la red**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la densiometría ósea cubierta por Medicare.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para servicios cubiertos por Medicare. |
| **Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)**<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>• Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años<br>• Una mamografía de control cada 12 meses para mujeres de 40 años o más<br>• Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses<br>***Pueden aplicarse normas de autorización previa.*** | **Dentro de la red**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para servicios cubiertos por Medicare. |
| **Servicios de rehabilitación cardíaca**<br>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para asociados que | **Dentro de la red**<br>$0 de copago para servicios de |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| cumplen con determinadas condiciones con una orden del médico.<br><br>El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.<br>***Pueden aplicarse normas de autorización previa.*** | rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.<br><br>$0 de copago para servicios intensivos de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.<br><br>**Fuera de la red**<br><br>$0 de copago para servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.<br><br>$0 de copago para servicios intensivos de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. |
| **Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)**<br><br>Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que esté comiendo sano.<br>***Pueden aplicarse normas de autorización previa.*** | **Dentro de la red**<br><br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.<br><br>**Fuera de la red**<br><br>$0 de copago para servicios cubiertos por Medicare. |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares**<br>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).<br>***Pueden aplicarse normas de autorización previa.*** | **Dentro de la red**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba para enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para servicios cubiertos por Medicare. |
| **Prueba de detección del cáncer de cuello de útero y de vagina**<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>• Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses.<br>• Si tiene un alto riesgo de cáncer de cuello de útero o de vagina o está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses<br>***Pueden aplicarse normas de autorización previa.*** | **Dentro de la red**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para servicios cubiertos por Medicare. |
| **Servicios de quiropráctica**<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>• Manipulación manual de la columna para corregir una subluxación<br>***Pueden aplicarse normas de autorización previa.*** | **Dentro de la red**<br>$0 de copago para servicios cubiertos por Medicare. |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| | **Fuera de la red**<br>$0 de copago para servicios cubiertos por Medicare.<br>**Servicios de quiropráctica complementarios**<br>**Dentro y fuera de la red**<br>$0 de copago para hasta 20 consulta(s) quiroprácticas de rutina cada año. |
| **Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico**<br>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, el manejo de medicamentos y la coordinación y planificación de la atención. | Los costos compartidos para este servicio variarán de acuerdo con los servicios individuales proporcionados durante el curso del tratamiento.<br>**Dentro de la red**<br>$0 de copago con un médico de atención primaria, $0 de copago con un especialista, o $0 de copago en un hospital para pacientes externos.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago con un médico de atención primaria, $0 de copago con un especialista, o $0 de copago en un |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| | hospital para pacientes externos. |
| **Prueba de detección de cáncer colorrectal**<br>Están cubiertas las siguientes pruebas de detección:<br>• La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o enema de bario.<br>• Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más, que no presentan un alto riesgo de cáncer colorrectal y está cubierta cuando han transcurrido al menos 59 meses a partir del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada o cuando han transcurrido 47 meses desde el mes en que se realizó la última prueba de detección, sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, el pago puede hacerse por una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan transcurrido al menos 23 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada o la última colonoscopia de detección.<br>• Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada.<br>• Análisis de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. | **Dentro de la red**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para cada examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| • ADN de heces de múltiples cadenas para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.<br>• Análisis de biomarcador en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.<br>• Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de una prueba de detección de cáncer colorrectal con heces no invasiva cubierta por Medicare con un resultado positivo.<br>• Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extirpación de tejido u otra materia, u otro procedimiento proporcionado en conexión, como resultado de, y en el mismo encuentro clínico que la prueba de detección.<br>***Pueden aplicarse normas de autorización previa.*** | |
| **Servicios dentales (cubiertos por Medicare)**<br>En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, concretamente cuando ese servicio es parte integral del tratamiento específico de la afección primaria del beneficiario. Algunos ejemplos incluyen reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer de mandíbula o exámenes bucales previos al trasplante de riñón.<br>***Pueden aplicarse reglas de autorización.*** | **Dentro de la red**<br>$0 de copago para servicios cubiertos por Medicare.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para servicios cubiertos por Medicare. |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Prueba de detección de depresión**<br>Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La evaluación debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y/o referidos.<br>***Pueden aplicarse normas de autorización previa.*** | **Dentro de la red**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para servicios cubiertos por Medicare. |
| **Prueba de detección de diabetes**<br>Cubrimos esta prueba de detección (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.<br>Puede ser elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.<br>***Pueden aplicarse normas de autorización previa.*** | **Dentro de la red**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para servicios cubiertos por Medicare. |
| **Capacitación en automanejo de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos**<br>Para todas las personas que tienen diabetes (usuarias y no usuarias de insulina). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>• Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa | **Dentro de la red**<br>La distribución de costos compartidos del 0% se limita a los suministros para |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros.<br>• Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas removibles que no están hechas a medida). La cobertura incluye la adaptación.<br>• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos.<br>***Pueden aplicarse normas de autorización previa.*** | pruebas de diabetes (medidores y tiras) obtenidos a través de la farmacia para los productos de las marcas Ascensia y Abbott. Se requerirá autorización previa para todos los demás suministros para pruebas de diabetes (medidores y tiras reactivas), y estarán sujetos a un 0% de los costos compartidos. Todas las tiras reactivas también estarán sujetas a un límite de cantidad de 204 unidades cada 30 días. Los productos de monitoreo continuo de glucosa (continuous glucose monitoring, CGM) obtenidos mediante la farmacia están sujetos a autorización previa, límite de cantidad y un 0% de los costos compartidos. Los productos preferidos de monitoreo continuo de glucosa (CGM) son Dexcom G6, Dexcom G7 cuando se usa con un receptor Dexcom, así como Abbott Freestyle Libre 2/Plus y Freestyle Libre 3/Plus |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| | cuando se usan con un receptor Freestyle Libre. Para todos los demás productos de monitoreo continuo de glucosa, se requerirá aprobación previa y constancia de prueba con resultado no satisfactorio de un producto preferido de CGM. Los receptores de los productos de monitoreo continuo de glucosa (CGM) están sujetos a un límite de cantidad de 1 cada 365 días.<br><br>0% del costo total para zapatos terapéuticos o plantillas para pacientes diabéticos cubiertos por Medicare.<br><br>$0 de copago para la capacitación en automanejo de la diabetes cubierta por Medicare.<br><br>**Fuera de la red**<br><br>La distribución de costos compartidos del 0% se limita a los suministros para pruebas de diabetes (medidores y tiras) obtenidos a través de la farmacia para los productos de las |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| | marcas Ascensia y Abbott. Se requerirá autorización previa para todos los demás suministros para pruebas de diabetes (medidores y tiras reactivas), y estarán sujetos a un 0% de los costos compartidos. Todas las tiras reactivas también estarán sujetas a un límite de cantidad de 204 unidades cada 30 días. Los productos de monitoreo continuo de glucosa (continuous glucose monitoring, CGM) obtenidos mediante la farmacia están sujetos a autorización previa, límite de cantidad y un 0% de los costos compartidos. Los productos preferidos de monitoreo continuo de glucosa (CGM) son Dexcom G6, Dexcom G7 cuando se usa con un receptor Dexcom, así como Abbott Freestyle Libre 2/Plus y Freestyle Libre 3/Plus cuando se usan con un receptor Freestyle Libre. Para todos los demás productos de monitoreo continuo de |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| | glucosa, se requerirá aprobación previa.<br>0% del costo total para zapatos terapéuticos o plantillas para pacientes diabéticos cubiertos por Medicare.<br>$0 de copago para servicios de capacitación en automanejo de la diabetes cubiertos por Medicare. |
| **Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados**<br>(Para conocer la definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3).<br>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.<br>Cubrimos todo el DME que sea médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted.<br>Si usted (o su proveedor) no están 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 acerca de si el producto o la marca son apropiados para su afección médica. (Para más información sobre las apelaciones, consulte el | **Dentro de la red**<br>$0 de copago para equipos y suministros médicos duraderos cubiertos por Medicare.<br>***Cobertura de prótesis complementaria***<br>$300 asignación para peluca/prótesis capilar para el cuero cabelludo (combinada dentro y fuera de la red).<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para equipos y suministros médicos duraderos cubiertos por Medicare. |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| Capítulo 9 *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]* en el manual *Evidencia de cobertura*).<br><br>Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también cubrimos pelucas para la pérdida de cabello a causa del tratamiento contra el cáncer.<br><br>Comuníquese con Servicio al cliente para obtener detalles sobre cómo acceder a este beneficio.<br><br>***Pueden aplicarse normas de autorización previa.*** | ***Cobertura de prótesis complementaria***<br><br>$300 asignación para peluca/prótesis capilar para el cuero cabelludo (combinada dentro y fuera de la red).<br><br>**Se requiere autorización si el costo es mayor a $2,500** |
| **Atención de emergencia**<br><br>La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características:<br>• Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia, y<br>• Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia.<br><br>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.<br><br>Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que recibe fuera de la red es la misma que cuando recibe estos servicios dentro de la red.<br><br>**Los servicios de atención de emergencia en todo el mundo están cubiertos.** | **Dentro y fuera de la red**<br><br>$0 de copago para visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.<br><br>**Cobertura mundial**<br><br>$0 de copago para servicios de emergencia. |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Programas educativos sobre salud y bienestar**<br>**Membresía de SilverSneakers®**<br>Esta aplicación puede ayudarle a llevar una vida más sana y activa a través del acondicionamiento físico y las relaciones sociales.<br>Usted está cubierto para acceder a un beneficio de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers en línea y en los centros participantes[1]. Tiene acceso a una red nacional de centros participantes donde podrá tomar las clases[2] y usar equipos para hacer ejercicios y otros servicios. Inscríbase en tantos centros como desee, en cualquier momento.<br>También tiene acceso a instructores que dirigen clases grupales en línea especialmente diseñadas, los siete días de la semana con SilverSneakers LIVE. Además, SilverSneakers Community le brinda opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales en centros recreativos, parques y otros lugares del vecindario. SilverSneakers también lo conecta con una red de apoyo y recursos en línea a través de los videos a pedido de SilverSneakers y la aplicación móvil SilverSneakers GO.<br>Active su cuenta en línea gratuita en SilverSneakers.com para ver su número de identificación de miembro de SilverSneakers y explorar todo lo que SilverSneakers tiene para ofrecer. Si tiene preguntas adicionales, visite SilverSneakers.com o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711) Lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.<br>**Siempre consulte con su médico antes de comenzar un programa de ejercicios.**<br>1. Los centros participantes ("PL") no son propiedad ni están operados por Tivity Health, Inc. o sus filiales. El uso de las instalaciones y los servicios de los PL está limitado a los términos y condiciones de la membresía básica del PL. Las instalaciones y los servicios varían según el PL. | $0 de copago para este programa de bienestar. |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| 2. La membresía incluye clases grupales de acondicionamiento físico dirigidas por instructores de SilverSneakers. Algunos centros ofrecen clases adicionales a los asociados. Las clases varían según la ubicación.<br><br>SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2025 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados. | |
| **Servicios para la audición**<br><br>Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.<br><br>Cubrimos lo siguiente:<br>• Servicios cubiertos por Medicare<br>• Examen de audición complementario (no cubierto por Medicare)<br>• Audífonos complementarios (no cubiertos por Medicare)<br>***Pueden aplicarse normas de autorización previa.*** | ***Servicios cubiertos por Medicare:***<br>**Dentro de la red**<br>$0 de copago para un examen de audición cubierto por Medicare.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para un examen de audición cubierto por Medicare.<br>***Cobertura audiológica complementaria:***<br>**Dentro de la red**<br>$0 de copago para 1 examen de audición de rutina cada año.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para 1 examen de audición de rutina cada año.<br>***Cobertura de audífonos complementaria:***<br>**Dentro y fuera de la red** |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| | $2,500 asignación combinada dentro y fuera de la red para audífonos cada 3 años. |
| **Prueba de detección de VIH**<br>Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente:<br>• Una prueba de detección cada 12 meses<br>Si está embarazada, cubrimos:<br>• Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.<br>***Pueden aplicarse normas de autorización previa.*** | **Dentro de la red**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los asociados elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para servicios cubiertos por Medicare. |
| **Agencia de atención médica a domicilio**<br>Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios de atención médica a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.<br>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:<br>• Servicios de enfermería especializada y servicios de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio | **Dentro de la red**<br>$0 de copago para servicios cubiertos por Medicare.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para servicios cubiertos por Medicare. |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana)<br>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla<br>• Servicios médicos y sociales<br>• Equipos y suministros médicos<br>***Pueden aplicarse reglas de autorización.*** | |
| **Tratamiento de infusión en el hogar**<br>El tratamiento 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, antivíricos, inmunoglobulinas), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres).<br><br>Los servicios cubiertos incluyen entre otros, los siguientes:<br>• Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de conformidad con el plan de atención.<br>• La capacitación y la educación del paciente no están cubiertos, de otra manera, por los beneficios del equipo médico duradero.<br>• Supervisión remota<br>• Servicios de supervisión para el suministro del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado para el tratamiento de infusión en el hogar.<br>***Pueden aplicarse reglas de autorización.*** | **Dentro de la red**<br>$0 de copago para servicios profesionales cubiertos por Medicare.<br>$0 de copago para suministros cubiertos por Medicare.<br>0% del costo total para medicamentos de infusión en el hogar cubiertos por Medicare.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para servicios profesionales cubiertos por Medicare.<br>$0 de copago para suministros cubiertos por Medicare.<br>0% del costo total para medicamentos de infusión en el hogar cubiertos por Medicare. |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Cuidados de hospicio**<br>Usted es elegible para el beneficio de cuidados de hospicio cuando su médico y el director médico del centro de cuidados de hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarle a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluyendo programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. El médico de hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>• Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor<br>• Atención de relevo a corto plazo<br>• Atención a domicilio<br>Cuando es admitido en un centro de hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan.<br>**Para los servicios en un hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal**: Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de cuidado de hospicio, su proveedor del hospicio facturará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original cubra. Se le facturará el costo compartido de Medicare Original.<br>**Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal**: si necesita | Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, Medicare Original paga los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal, no los paga Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO). |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios son los mismos, ya sea que utilice o no un proveedor de la red. Puede buscar atención de cualquier proveedor que acepte Medicare.<br><br>**Para los servicios cubiertos por Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO), pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B:** Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no tengan cobertura de la Parte A o la Parte B, ya sea que estén o no relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de nuestro plan por estos servicios.<br><br>**Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:** si estos medicamentos no están relacionados con su afección de cuidados de hospicio por enfermedad terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su afección de hospicio terminal, usted paga los costos compartidos de Medicare Original. Bajo ninguna circunstancia, el servicio de hospicio y el plan cubren los medicamentos simultáneamente. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5.<br><br>**Nota:** si necesita atención médica que no sea en un centro de cuidados de hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.<br><br>Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (por única vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio. | |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Vacunas**<br>Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes:<br>• Vacunas contra la neumonía.<br>• Vacunas antigripales, una vez por temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales si es médicamente necesario.<br>• Vacunas contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B.<br>• Vacunas contra la COVID-1<br>• Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare.<br>También cubrimos la mayoría de las otras vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Consulte la Sección 7 del Capítulo 6 para obtener más información.<br>***Pueden aplicarse reglas de autorización.*** | **Dentro de la red**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B ni la COVID-19.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para servicios cubiertos por Medicare. |
| **Atención hospitalaria como paciente interno**<br>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internos. La atención hospitalaria para pacientes internos comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica será su último día como paciente interno.<br>El plan cubre un número ilimitado de días por período de beneficios. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:<br>• Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario).<br>• Comidas, incluidas dietas especiales.<br>• Servicios de enfermería permanentes.<br>• Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios).<br>• Medicamentos | Nuestro plan cubre un número ilimitado de días de hospitalización.<br>**Dentro de la red**<br>$0 de copago por estadía.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago por estadía.<br>Si recibe atención para pacientes internados autorizada en un hospital fuera de la red una vez que se haya estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| • Análisis de laboratorio.<br>• Radiografías y otros servicios radiológicos.<br>• Suministros médicos y quirúrgicos necesarios.<br>• Uso de aparatos, como sillas de ruedas.<br>• Costos de la sala de operaciones y de recuperación.<br>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.<br>• Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes internos<br>• Bajo determinadas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante.<br>• Hay un beneficio de $10,000 disponible si un asociado debe viajar más de 100 millas desde su domicilio para recibir servicios de trasplante aprobados por el plan mientras es asociado de nuestro plan. Esto incluye al asociado y un acompañante/cuidador y cubre el transporte para el trasplante boleto aéreo, tren, autobús, alquiler de auto, taxi, transporte compartido, transporte público, ferry, estacionamiento y gasolina [para auto | que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| alquilado o personal]) únicamente con el propósito de viajar desde y hacia el hogar, el hospital/clínica y/o el alojamiento temporal aplicable. También cubre el alojamiento relacionado con el trasplante (debe estar asociado con consultas o admisiones a la clínica o centro de trasplante, y solo aplica para el asociado y/o su acompañante). (Ejemplos: motel, hotel, estancia prolongada, alquiler de vivienda a corto plazo, etc.). El beneficio es solo para los elementos enumerados anteriormente, por trasplante aprobado por el plan, y está disponible hasta que alcance el monto máximo del beneficio o hasta que ya no sea elegible para la cobertura. Comuníquese con Servicio al cliente para obtener más información y restricciones.<br>• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos envasados, así como otros hemoderivados, comienza con el primer medio litro de sangre que necesite.<br>• Servicios médicos<br><br>**Nota:** para ser paciente interno, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo admitan de manera formal como paciente interno en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente interno o externo, consulte con el personal del hospital.<br><br>Obtenga más información en la hoja informativa *Beneficios hospitalarios de Medicare.* Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.<br>***Pueden aplicarse reglas de autorización.*** | |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Servicios para pacientes internos en un hospital psiquiátrico**<br>Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para atención hospitalaria de salud mental en un hospital psiquiátrico para pacientes internos. El límite de atención hospitalaria para pacientes internos no se aplica a los servicios de salud mental como paciente interno que se brindan en un hospital general.<br>***Pueden aplicarse reglas de autorización.*** | **Dentro de la red**<br>$0 de copago por estadía.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago por estadía. |
| **Beneficio de comidas**<br>**Beneficio de entrega de comidas después del alta:**<br>Usted es elegible para recibir comidas a domicilio inmediatamente después de su hospitalización como paciente interno o estadía en un centro de enfermería especializada cuando es referido por su administrador de casos del plan de salud.<br>Las comidas se envían en 1 envío de 14 comidas. El beneficio se puede utilizar una vez al año a través del proveedor de entrega de comidas Mom's Meals. La entrega de comidas puede demorar hasta 72 horas hábiles. Pueden corresponder algunas restricciones y limitaciones.<br>***Pueden aplicarse reglas de autorización.*** | **Dentro de la red**<br>14 comidas/7 días, máximo 3 veces al año (se requiere autorización después de la estadía como paciente interno)<br>**Fuera de la red**<br>Sin cobertura |
| **Terapia médica nutricional**<br>Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante con un referido del médico.<br>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare | **Dentro de la red**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los asociados elegibles para servicios de terapia médica |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| Advantage o Medicare Original) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si hay que continuar el tratamiento en el próximo año calendario.<br>***Pueden aplicarse reglas de autorización.*** | nutricional cubiertos por Medicare.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para servicios cubiertos por Medicare. |
| **Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)**<br>**Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles a través de todos los planes de salud de Medicare.**<br>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambios en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.<br>***Pueden aplicarse reglas de autorización.*** | **Dentro de la red**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para servicios cubiertos por Medicare. |
| **Medicamentos de la Parte B de Medicare**<br>**La Parte B de Medicare Original cubre estos medicamentos. Los asociados de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:**<br>• Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe servicios de médicos, de hospitales como paciente externo o en un centro quirúrgico ambulatorio.<br>• Insulina provista a través de un equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria). | Los medicamentos de la Parte B ***pueden*** estar sujetos a terapia escalonada.<br>**Dentro de la red**<br>0% del costo total para medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare.<br>0% del costo total para otros medicamentos |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por nuestro plan.<br>• El medicamento para la enfermedad de Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico: lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exámenes por imágenes y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico sobre qué exámenes por imágenes y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento.<br>• Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia.<br>• Medicamentos inmunosupresores/trasplantes: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B al momento de recibir medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre.<br>• Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento.<br>• Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente indicada (quien podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada.<br>• Determinados medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un promedicamento (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se | de la Parte B de Medicare<br><br>Usted no pagará más de $35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan.<br>**Fuera de la red**<br>0% del costo total para medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare.<br>0% del costo total para otros medicamentos de la Parte B de Medicare.<br><br>Usted no pagará más de $35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan.<br>**Es posible que se requiera autorización previa y/o tratamiento escalonado.** |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que nuevos medicamentos orales contra el cáncer estén disponibles, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí.<br>• Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, en el momento de la quimioterapia o dentro de las 48 horas de la quimioterapia, o si se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas.<br>• Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare.<br>• Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato bajo el sistema de pago en caso de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv®,Ò y el medicamento oral SensiparÒ<br>• Ciertos medicamentos para diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea médicamente necesario y los anestésicos tópicos.<br>• Fármacos estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina por inyección si padece la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (por ejemplo, EpogenÒ, ProcritÒ, RetacritÒ, Epoetin alfa, AranespÒ, Darbepoetin alfa, MirceraÒ o metoxipolietilenglicol-epoetina beta)<br>• Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias.<br>• Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda)<br>Para ver una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada, comuníquese con Servicio al cliente. | |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| También cubrimos algunas vacunas en nuestra Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D.<br><br>El Capítulo 5 explica nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que se cubran los medicamentos recetados. Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6. | |
| **Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua**<br><br>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarle a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.<br>***Pueden aplicarse reglas de autorización.*** | **Dentro de la red**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección de obesidad preventivos.<br><br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para servicios cubiertos por Medicare. |
| **Servicios del programa de tratamiento por opioides**<br><br>Los asociados de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un programa de tratamiento por opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios:<br><br>• Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (. Food and Drug Administration, FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas de opioides para el tratamiento asistido por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT). | **Dentro de la red**<br>$0 de copago para servicios de programas de tratamiento por opioides cubiertos por Medicare.<br><br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para servicios de programas de |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| • Suministro y administración de medicamentos para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) (si corresponde).<br>• Asesoramiento sobre consumo de sustancias.<br>• Terapia individual y grupal.<br>• Pruebas toxicológicas.<br>• Actividades de admisión.<br>• Evaluaciones periódicas.<br>***Pueden aplicarse reglas de autorización.*** | tratamiento por opioides cubiertos por Medicare. |
| **Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos**<br>Los servicios cubiertos incluyen entre otros, los siguientes:<br>• Radiografías<br>• Radioterapia (radio e isótopo), incluidos los servicios y materiales de los técnicos.<br>• Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes.<br>• Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones<br>• Análisis de laboratorio.<br>• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos envasados (así como otros hemoderivados), comienza con el primer medio litro de sangre que necesite.<br>• Pruebas diagnósticas que no son de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones, cuando el médico u otro proveedor de atención médica las ordena para tratar un problema médico.<br>• Otras pruebas de diagnóstico como paciente externo<br>***Pueden aplicarse reglas de autorización.*** | **Dentro de la red**<br>Servicios de radiografías para pacientes externos cubiertos por Medicare: $0 de copago<br>Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer): $0 de copago<br>Suministros médicos cubiertos por Medicare: $0 de copago<br>Servicios de laboratorio para pacientes externos cubiertos por Medicare: $0 de copago<br>Servicios de sangre para pacientes externos cubiertos por Medicare: $0 de copago |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| | Procedimientos/pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare: $0 de copago<br>Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas): $0 de copago<br>**Fuera de la red**<br>Servicios de radiografías para pacientes externos cubiertos por Medicare: $0 de copago<br>Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer): $0 de copago<br>Suministros médicos cubiertos por Medicare: $0 de copago<br>Servicios de laboratorio para pacientes externos cubiertos por Medicare: $0 de copago<br>Servicios de sangre para pacientes externos cubiertos por |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| | Medicare: $0 de copago<br><br>Procedimientos/pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare: $0 de copago<br><br>Servicios de radiología de diagnóstico: (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas) $0 de copago |
| **Observación hospitalaria para pacientes externos**<br><br>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente interno o puede ser dado de alta.<br><br>Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y las reglamentaciones sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos.<br><br>**Nota:** a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente interno, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. | **Dentro de la red**<br>$0 de copago para servicios de observación cubiertos por Medicare.<br><br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para servicios de observación cubiertos por Medicare. |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| Obtenga más información en la hoja informativa *Beneficios hospitalarios de Medicare.* La hoja informativa se encuentra disponible en internet en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.<br>***Pueden aplicarse reglas de autorización.*** | |
| **Servicios hospitalarios para pacientes externos**<br>Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.<br>Los servicios cubiertos incluyen entre otros, los siguientes:<br>• Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos.<br>• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital.<br>• Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente interno podría ser requerido sin esta atención.<br>• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital.<br>• Suministros médicos como entablillados y yesos.<br>• Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar.<br>**Nota:** a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente interno, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un | **Dentro de la red**<br>$0 de copago para servicios en un hospital para pacientes externos cubierto por Medicare.<br>$0 de copago para servicios quirúrgicos ambulatorios cubiertos por Medicare.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para servicios en un hospital para pacientes externos cubierto por Medicare.<br>$0 de copago para servicios quirúrgicos ambulatorios cubiertos por Medicare. |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.<br>***Pueden aplicarse reglas de autorización.*** | |
| **Atención de salud mental para pacientes externos**<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, consejera profesional autorizada (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (licensed marriage and family therapist, LMFT), enfermero practicante (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por la legislación estatal aplicable.<br>***Pueden aplicarse reglas de autorización.*** | **Dentro de la red**<br>$0 de copago para servicios psiquiátricos individuales cubiertos por Medicare.<br>$0 de copago para servicios psiquiátricos grupales cubiertos por Medicare.<br>$0 de copago para servicios de salud mental individual cubiertos por Medicare.<br>$0 de copago para servicios de salud mental grupales cubiertos por Medicare.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para servicios psiquiátricos individuales cubiertos por Medicare.<br>$0 de copago para servicios psiquiátricos grupales cubiertos por Medicare.<br>$0 de copago para servicios de salud mental individual |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| | cubiertos por Medicare.<br>$0 de copago para servicios de salud mental grupales cubiertos por Medicare. |
| **Servicios de rehabilitación para pacientes externos**<br>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.<br>Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se brindan en varios entornos para pacientes externos, como departamentos hospitalarios para pacientes externos, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).<br>***Pueden aplicarse reglas de autorización.*** | **Dentro de la red**<br>$0 de copago para servicios de terapia ocupacional cubiertos por Medicare.<br>$0 de copago para servicios de fisioterapia y terapia del habla cubiertos por Medicare.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para servicios de terapia ocupacional cubiertos por Medicare.<br>$0 de copago para servicios de fisioterapia y terapia del habla cubiertos por Medicare. |
| **Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes externos**<br>La cobertura conforme a la Parte B de Medicare está disponible para servicios de tratamiento que se proporcionan en el departamento de pacientes externos de un hospital a pacientes que, por ejemplo, han sido dados de alta de una estadía de paciente hospitalizado | **Dentro de la red**<br>$0 de copago para el tratamiento individual por consumo de sustancias cubierto por Medicare. |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| para el tratamiento por consumo de drogas y sustancias o que requieren tratamiento, pero no requieren la disponibilidad e intensidad de servicios que se encuentran únicamente en el entorno hospitalario para pacientes internos.<br>***Pueden aplicarse reglas de autorización.*** | $0 de copago para el tratamiento grupal por consumo de sustancias cubierto por Medicare.<br>$0 de copago para servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para el tratamiento individual por consumo de sustancias cubierto por Medicare.<br>$0 de copago para el tratamiento grupal por consumo de sustancias cubierto por Medicare.<br>$0 de copago para servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. |
| **Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios.**<br>**Nota:** Si se ha de someter a una cirugía en un hospital, consulte con el proveedor si será considerado un paciente interno o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital | **Dentro de la red**<br>$0 de copago para servicios quirúrgicos ambulatorios cubiertos por Medicare.<br>$0 de copago para servicios en un hospital para |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.<br>***Pueden aplicarse reglas de autorización.*** | pacientes externos cubierto por Medicare.<br>$0 de copago para servicios de observación cubiertos por Medicare.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para servicios quirúrgicos ambulatorios cubiertos por Medicare.<br>$0 de copago para servicios en un hospital para pacientes externos cubierto por Medicare.<br>$0 de copago para servicios de observación cubiertos por Medicare. |
| **Artículos de venta** sin receta **(OTC) y tarjeta de beneficios de bienestar**<br>Los artículos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC) son medicamentos y productos relacionados con la salud que no necesitan una receta médica.<br>Recibirá una asignación del beneficio de artículos de venta sin receta (OTC) cada mes. Su asignación mensual estará disponible en la tarjeta de beneficios de bienestar, una tarjeta de débito precargada, y se puede usar para comprar artículos de salud y bienestar de venta sin receta aprobados en las tiendas minoristas participantes. Además, también puede usar su tarjeta de beneficios de bienestar para hacer pedidos del catálogo de OTC aprobados por el Plan para entrega a domicilio. | **Dentro de la red**<br>$20 una asignación cada mes para artículos de salud y bienestar de venta sin receta aprobados.<br>**Fuera de la red**<br>Sin cobertura |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| Puede usar su tarjeta de beneficios de bienestar para adquirir artículos OTC de 4 maneras:<br>1. Encuentre y compre en un minorista participante. Para localizar una tienda minorista participante, visite www.mytxotc.com o comuníquese con nosotros al número que figura a continuación.<br>2. Por teléfono para entrega a domicilio: comuníquese con el proveedor de Blue Cross Blue Shield of Texas, Convey Health Solutions, al 855-828-8300.<br>3. Realice los pedidos en línea para entrega a domicilio en www.mytxotc.com.<br>4. Descargue la aplicación móvil gratuita "OTC-Anywhere" para usarla en dispositivos móviles.<br>Comuníquese con el proveedor de Blue Cross and Blue Shield of Texas, Convey Health Solutions, al 855-828-8300 para solicitar que se le envíe un catálogo OTC impreso por correo postal a su hogar.<br>• Los montos de las asignaciones mensuales están disponibles para usarse el primer día de cada mes.<br>• Los montos de las asignaciones mensuales no utilizados se transfieren al mes siguiente. Todos los fondos vencen al final del año del plan o cuando usted deja el plan.<br>• Usted será responsable del impuesto sobre las ventas aplicable.<br>• Los pedidos a domicilio solo se pueden realizar una vez al mes.<br>• Puede usar su tarjeta de beneficios de bienestar en los comercios minoristas participantes hasta que se agote la asignación.<br>• Si su compra excede el monto disponible de su asignación, puede usar una forma personal de pago para el saldo. | |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| • Blue Cross and Blue Shield of Texas no se hace responsable de los fondos perdidos debido a la pérdida o robo de tarjetas. | |
| **Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos**<br>La *hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de un médico, terapeuta, terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT) o terapeuta profesional matriculado y es una alternativa a la hospitalización.<br>El *servicio intensivo para pacientes externos* es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en un área para pacientes externos de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o en una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de un médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o en el consultorio de un terapeuta profesional matriculado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.<br>***Pueden aplicarse reglas de autorización.*** | **Dentro de la red**<br>$0 de copago para servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.<br>$0 de copago para servicios intensivos para pacientes externos cubiertos por Medicare.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.<br>$0 de copago para servicios intensivos para pacientes externos cubiertos por Medicare. |
| **Servicios de médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico**<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>• Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. | **Dentro de la red**<br>$0 de copago para servicios de médicos de atención primaria cubiertos por Medicare. |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| • Consultas, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista.<br>• Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su especialista, si su médico lo indica para ver si necesita tratamiento médico.<br>• Ciertos servicios de telemedicina, incluyendo dolor de garganta, fiebre, tos, náuseas y otras enfermedades que no sean de emergencia.<br>o Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telemedicina. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telemedicina, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telemedicina.<br>o Este servicio de telemedicina se ofrece a través de MDLive. Los asociados tendrán que completar el registro y se les indicará que completen un cuestionario médico en su primera visita al portal de MDLive. Por favor, contacte a MDLive al 1-888-680-8646 o visite el sitio web de MDLive en www.mdlive.com/bcbstx-medicare. El acceso a los servicios de telemedicina se puede completar a través de una computadora, tableta, teléfono inteligente, teléfono tradicional y puede incluir video basado en la web.<br>• Algunos servicios de telemedicina, incluso la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por un médico o profesional de la salud, para pacientes de ciertas zonas rurales o que viven en otros lugares aprobados por Medicare.<br>• Servicios de telemedicina para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los asociados que se realizan diálisis en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del asociado. | $0 de copago para servicios de médicos especialistas cubiertos por Medicare.<br>$0 de copago para servicios realizados con un médico de atención primaria y un a $0 de copago por servicios realizados con un especialista por servicios cubiertos por Medicare prestados por otros profesionales de la atención médica, como profesionales de enfermería, asistentes médicos, etc.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para servicios de médicos de atención primaria cubiertos por Medicare.<br>$0 de copago para servicios médicos especialistas cubiertos por Medicare.<br>$0 de copago para servicios realizados con un médico de atención primaria y un a $0 de copago por servicios realizados con un especialista para servicios cubiertos por |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| • Servicios de telemedicina para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación.<br>• Servicios de telemedicina para asociados con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación.<br>• Servicios de telemedicina para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si se cumple lo siguiente:<br>o Tiene una consulta en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera consulta de telemedicina.<br>o Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telemedicina.<br>o Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias.<br>• Servicios de telemedicina para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente.<br>• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5-10 minutos **si**:<br>o no es un paciente nuevo, **y**<br>o el control no está relacionado con una visita en el consultorio en los últimos 7 días, **y**<br>o el control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana.<br>• Evaluación de videos o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas **si**:<br>o no es un paciente nuevo, **y**<br>o la evaluación no está relacionada con una visita en el consultorio en los últimos 7 días, **y** | Medicare o proporcionados por otros profesionales de atención médica como profesionales de enfermería, asistentes médicos, etc. |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| ○ la evaluación no lleva a una visita en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana.<br>• Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico.<br>• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía.<br>***Pueden aplicarse reglas de autorización.*** | |
| **Servicios de podiatría**<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>• Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos).<br>• Atención de rutina de los pies para los asociados que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores.<br>***Pueden aplicarse reglas de autorización.*** | **Dentro de la red**<br>$0 de copago para servicios cubiertos por Medicare.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para servicios cubiertos por Medicare. |
| **Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH**<br>Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determina que tiene un mayor riesgo de contraer el VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (Pre-exposure prophylaxis, PrEP) y los servicios relacionados.<br>Si usted califica, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>• Medicamento PrEP oral o inyectable aprobado por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos la tarifa por administrar la inyección del medicamento.<br>• Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida la evaluación del riesgo de VIH, la reducción | **Dentro de la red**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de profilaxis previa a la exposición (PrEP).<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para servicios cubiertos por Medicare. |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| del riesgo de VIH y la adherencia a los medicamentos) cada 12 meses.<br>• Hasta 8 pruebas de detección de VIH cada 12 meses.<br>Una prueba de detección única del virus de la hepatitis B. | |
| **Pruebas de detección de cáncer de próstata**<br>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses:<br>• Examen rectal digital<br>• Análisis del antígeno prostático específico (PSA)<br>***Pueden aplicarse reglas de autorización.*** | **Dentro de la red**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba del antígeno prostático específico (PSA).<br>$0 de copago para un examen rectal digital anual cubierto por Medicare.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para servicios cubiertos por Medicare.<br>$0 de copago para un examen rectal digital anual cubierto por Medicare. |
| **Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados**<br>Dispositivos (no dentales) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajuste o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortésicos, así como bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después | **Dentro de la red**<br>$0 de copago para prótesis cubiertas por Medicare.<br>$0 de copago para suministros médicos cubiertos por Medicare. |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas. (Consulte *Atención de la visión* más adelante en esta sección). ***Pueden aplicarse reglas de autorización.*** | **Fuera de la red**<br>$0 de copago para prótesis cubiertas por Medicare.<br>$0 de copago para suministros médicos cubiertos por Medicare.<br>**Se requiere autorización si el costo es mayor a $2,500** |
| **Servicios de rehabilitación pulmonar**<br>Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave y tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica, para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar. ***Pueden aplicarse reglas de autorización.*** | **Dentro de la red**<br>$0 de copago para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. |
| **Programa de recompensas**<br>*Programa de recompensas para actividades saludables*<br>Puede ganar recompensas por completar exámenes de detección seleccionados, manejar afecciones crónicas o ver a su médico para un examen físico.<br>Potencialmente, los asociados pueden recibir recompensas por completar actividades de salud elegibles durante el año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre). | Obtenga hasta $100 al año por completar actividades saludables*, como los ejemplos que se muestran a continuación:<br>• Bienvenido a Medicare/Consult |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| El monto de la recompensa es de hasta un máximo de $100 anuales y se activará con el envío de una reclamación.<br><br>La mayoría de las acciones saludables (Healthy Action) que se completan recompensan a los asociados con $25 en forma de tarjeta de regalo. La visita anual de bienestar recompensará a los asociados con hasta $50 al finalizarla.<br><br>Estas recompensas se pueden canjear por diversas tarjetas de regalo que se pueden usar en farmacias selectas o minoristas nacionales. Los asociados pueden optar por obtener una tarjeta de regalo por completar cada actividad saludable completada individualmente o pueden optar por acumular los montos de sus recompensas por numerosas actividades saludables completadas. Se recompensará un máximo de un pago por cada actividad saludable específica por año hasta que alcance el máximo de $100.<br>***Pueden aplicarse reglas de autorización.*** | as físicas anuales o consultas de bienestar calificadas<br>• Vacuna anual contra la gripe<br>• Prueba de detección del cáncer colorrectal<br>• Examen de retina<br>• Mamografía<br><br>Se pueden identificar actividades saludables adicionales y proporcionarlas a los asociados después del comienzo del año del plan por correo postal, correo electrónico o a través del portal para asociados.<br><br>*Esta lista está sujeta a cambios.<br><br>El Programa de recompensas ofrece las actividades saludables mencionadas anteriormente para todos los asociados, así como actividades saludables adicionales basadas en sus necesidades únicas.<br><br>Para registrarse y determinar la lista |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| | actual de actividades saludables, ingrese a www.BlueRewardsTX.com. Necesitará su tarjeta de identificación del asociado, fecha de nacimiento y dirección de correo electrónico para registrarse en línea si aún no lo ha hecho.<br><br>También puede llamar al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de asociado para obtener más información sobre el programa y registrarse. Servicio al cliente tomará su información para iniciar el proceso de creación de su cuenta.<br><br>**ES NECESARIO REGISTRARSE** |
| **Prueba de detección y asesoramiento para reducir el consumo de alcohol**<br><br>Cubrimos una prueba de detección de consumo de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes.<br><br>Si el resultado de la prueba de detección de consumo de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el | **Dentro de la red**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el consumo de |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| asesoramiento) a cargo de un médico o profesional de atención primaria calificado en un entorno de atención primaria.<br>***Pueden aplicarse reglas de autorización.*** | alcohol cubierto por Medicare.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para servicios cubiertos por Medicare. |
| **Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT)**<br>Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) cada 12 meses.<br>**Los asociados elegibles son** personas de entre 50 y 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquetes/año y que fuman actualmente o dejaron de fumar en los últimos 15 años, y que reciben una orden de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) durante una consulta de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y toma de decisiones compartidas que cumple con los criterios de Medicare para dichas consultas.<br>*Para poder realizarse una LDCT después de una prueba de detección inicial con LDCT:* los asociados deben recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare. | **Dentro de la red**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para servicios cubiertos por Medicare. |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| ***Pueden aplicarse reglas de autorización.*** | |
| **Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C**<br>Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado la ordena y usted cumple con una de estas condiciones:<br>• Está en alto riesgo porque usa o ha usado drogas inyectables ilícitas.<br>• Usted recibió una transfusión de sangre antes de 1992.<br>• Nació entre 1945 y 1965.<br>Si nació entre 1945 y 1965 y no se le considera de alto riesgo, pagamos una prueba de detección una vez. Si se encuentra en alto riesgo (por ejemplo, si ha continuado usando drogas inyectables ilícitas desde su anterior prueba de hepatitis C negativa), cubrimos las pruebas de detección anuales. | **Dentro de la red**<br>No es necesario un coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para servicios cubiertos por Medicare. |
| **Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas**<br>Cubrimos pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ITS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.<br>También cubrimos hasta dos sesiones de asesoramiento conductual personal altamente intensivas de 20 a 30 minutos por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ITS. Solo cubriremos estas sesiones de | **Dentro de la red**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos de pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento cubiertos por Medicare.<br>**Fuera de la red** |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.<br>***Pueden aplicarse reglas de autorización.*** | $0 de copago para servicios cubiertos por Medicare. |
| **Servicios para tratar enfermedades renales**<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>• Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los asociados a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los asociados con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida.<br>• Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible temporalmente o está fuera del alcance).<br>• Tratamientos de diálisis para pacientes internos (si se lo admite en un hospital para recibir cuidados especiales).<br>• Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar).<br>• Equipos y suministros para autodiálisis en el hogar.<br>• Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). | **Dentro de la red**<br>$0 de copago para la educación sobre la enfermedad renal cubierta por Medicare.<br>$0 de copago para servicios de diálisis cubiertos por Medicare.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para educación sobre la enfermedad renal cubierta por Medicare.<br>$0 de copago para servicios de diálisis cubiertos por Medicare. |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| 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 los **medicamentos de la Parte B de Medicare** en esta tabla**.**<br>***Pueden aplicarse reglas de autorización.*** | |
| **Atención médica en un centro de enfermería especializada (SNF)**<br>(Para conocer la definición de atención médica en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Esta suele denominarse SNF, por "Skilled Nursing Facility").<br>El plan cubre 100 días por período de beneficios. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:<br>• Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario).<br>• Comidas, incluidas dietas especiales.<br>• Servicios de enfermería especializada.<br>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla<br>• Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre).<br>• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos envasados (así como otros hemoderivados), comienza con el primer medio litro de sangre que necesite.<br>• Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF.<br>• Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF.<br>• Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF.<br>• Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF.<br>• Servicios de médicos o profesionales. | **Dentro de la red**<br>$0 de copago por día para los días 1-20.<br>$0 de copago por día para los días 21-100.<br>(Días 101 y más allá son complementarios<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago por día para los días 1-20.<br>$0 de copago por día para los días 21-100.<br>(Días 101 y más allá son complementarios |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| Generalmente, la atención de los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red para un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.<br>• Un hogar de ancianos o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada).<br>• Un SNF donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital.<br>***Pueden aplicarse reglas de autorización.*** | |
| **Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)**<br>El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes externos e internos que cumplan con estos criterios:<br>• Consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de alguna enfermedad ocasionada por el tabaco.<br>• Son competentes y están alerta durante el asesoramiento.<br>• Un médico calificado u otro profesional de la salud reconocido por Medicare brinda asesoramiento.<br>Cubrimos 2 intentos de cesación al año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente puede recibir hasta 8 sesiones al año).<br>***Pueden aplicarse reglas de autorización.*** | **Dentro de la red**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para servicios cubiertos por Medicare. |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Terapia de ejercicios supervisados (SET)**<br>El tratamiento con ejercicios supervisados está cubierto para aquellos asociados que padecen una enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) y un referido para esta por parte del médico responsable de su tratamiento.<br>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.<br>El programa de SET debe cumplir con lo siguiente:<br>• Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para la PAD en pacientes con claudicación.<br>• Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico.<br>• Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD.<br>• Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada.<br>El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario. ***Pueden aplicarse reglas de autorización.*** | **Dentro de la red**<br>$0 de copago para terapia de ejercicios supervisados cubierta por Medicare.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para terapia de ejercicios supervisados cubierta por Medicare. |
| **Servicios complementarios de telemedicina**<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>• Ciertos servicios de telemedicina, que incluyen: atención de urgencia y servicios de salud conductual. | **Dentro de la red**<br>Servicios de cuidado urgente virtual: $0 de |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telemedicina. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telemedicina, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telemedicina.<br><br>Este servicio de telemedicina se ofrece a través de MDLive. Los asociados tendrán que completar el registro y se les indicará que completen un cuestionario médico en su primera visita al portal de MDLive. Por favor contacte a MDLive al 1-888-680-8646 o visite el sitio web de MDLive en www.mdlive.com/bcbstx-medicare. El acceso a los servicios de telemedicina se puede realizar a través de una computadora, tableta, teléfono inteligente, teléfono tradicional y puede incluir video basado en la web. | copago (solo a través de MDLive), Servicios especializados de salud mental virtuales: $0 de copago (solo a través de MDLive), Servicios psiquiátricos virtuales: $0 de copago (solo a través de MDLive)<br><br>**Fuera de la red**<br><br>Sin cobertura |
| **Servicios de transporte**<br><br>Cubrimos los servicios de transporte aprobados por el plan a ubicaciones aprobadas por el plan. Comuníquese con el plan para obtener detalles sobre cómo acceder a este beneficio.<br><br>***Pueden aplicarse reglas de autorización.*** | **Dentro de la red**<br><br>$0 de copago para hasta 12 viajes de ida cada año a lugares aprobados por el plan.<br><br>**Fuera de la red**<br><br>Sin cobertura |
| **Servicios de urgencia**<br><br>Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o aunque se encuentre dentro del área de servicio del plan, no es razonable, teniendo en cuenta la hora, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Su plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo cobrarle los costos compartidos dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o | $0 de copago para servicios cubiertos por Medicare.<br><br>$0 de copago para cada consulta virtual a través de MDLive.<br><br>**Cobertura mundial**<br>$0 de copago para cada visita de servicios de urgencia. |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los controles anuales), no se consideran necesarias de urgencia incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o la red del plan no está disponible temporalmente.<br>**Los servicios de atención de emergencia/urgencia en todo el mundo están cubiertos.** | |
| **Atención de la visión**<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>• Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto.<br>• Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Entre las personas que corren alto riesgo de padecer glaucoma se incluyen las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas con diabetes, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más.<br>• Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año.<br>• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la colocación de una lente intraocular. Si tiene dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía.<br>***Pueden aplicarse reglas de autorización.*** | ***Servicios cubiertos por Medicare:***<br>**Dentro de la red**<br>$0 de copago para servicios cubiertos por Medicare.<br>$0 de copago para una prueba de detección anual de glaucoma.<br>$0 de copago para 1 par de anteojos (lentes y armazones) o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cirugía de cataratas.<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para servicios cubiertos por Medicare.<br>$0 de copago para una prueba de detección anual de glaucoma.<br>$0 de copago para 1 par de anteojos (lentes y armazones) o lentes |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| | de contacto después de cirugía de cataratas. |
| **Consulta preventiva Bienvenido a Medicare**<br>El plan cubre la consulta preventiva única *Bienvenido a Medicare*. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y referidos a otro tipo de atención si fuera necesario.<br>**Importante:** cubrimos la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare* solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*. | **Dentro de la red**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare* .<br>**Fuera de la red**<br>$0 de copago para servicios cubiertos por Medicare. |
| **Cobertura de emergencia y urgencia en todo el mundo**<br>La cobertura mundial está disponible solo para servicios urgentes y de emergencia. Para obtener información sobre servicios internacionales de urgencia o emergencia, visite el sitio web www.bcbsglobalcore.com llame al número gratuito 1-800-810-Blue (2583) o llame por cobrar al 1-804-673-1177. Además de comunicarse con Blue Cross Blue Shield Global Core, llame a su compañía BCBS para obtener una precertificación o autorización previa. También puede comunicarse con el plan para obtener más detalles sobre cómo acceder a este beneficio. | $0 de copago<br>La cobertura mundial es solo para atención de emergencia y atención de urgencia. |

## SECCIÓN 3 Servicios no cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

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

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o que solo lo están bajo ciertas condiciones.

Si recibe servicios excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo, excepto en las condiciones específicas que se indican a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9)

| Servicios no cubiertos por Medicare | Solo se cubre bajo condiciones específicas |
|---|---|
| **Cirugía o procedimientos cosméticos** | Se cubre en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado.<br>Se cubre para todas las etapas de la reconstrucción de un seno después de una mastectomía, así como para el seno no afectado a fin de lograr una apariencia simétrica |
| **Cuidado asistencial**<br>El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como el cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse. | Sin cobertura bajo ninguna condición |

| Servicios no cubiertos por Medicare | Solo se cubre bajo condiciones específicas |
|---|---|
| **Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales**<br>Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Medicare Original ha determinado que no son generalmente aceptados por la comunidad médica. | Puede estar cubierto por Medicare Original bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.<br>(Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica). |
| **Tarifas cobradas por la atención brindada por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.** | Sin cobertura bajo ninguna condición |
| **Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.** | Sin cobertura bajo ninguna condición |
| **Los servicios de asistencia doméstica incluyen ayuda básica en el hogar, como limpieza ligera o la preparación de comidas sencillas.** | Sin cobertura bajo ninguna condición |
| **Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternativos).** | Sin cobertura bajo ninguna condición |
| **Atención dental que no sea de rutina.** | La atención dental necesaria para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención para pacientes internos o externos. |
| **Zapatos ortopédicos o dispositivos de soporte para los pies.** | Zapatos que forman parte de un soporte para la pierna y están incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético. |

| Servicios no cubiertos por Medicare | Solo se cubre bajo condiciones específicas |
|---|---|
| **Artículos personales en su habitación en un hospital o un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.** | Sin cobertura bajo ninguna condición |
| **Habitación privada en el hospital.** | Solo se cubre cuando es médicamente necesario |
| **Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos sin receta médica.** | Sin cobertura bajo ninguna condición |
| **Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas.** | Sin cobertura bajo ninguna condición |
| **Atención de rutina de los pies.** | Se proporciona cierta cobertura limitada según las pautas de Medicare, por ejemplo, si tiene diabetes. |
| **Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.** | Sin cobertura bajo ninguna condición |
| **Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Medicare Original.** | Sin cobertura bajo ninguna condición |

# CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

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

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 los cuidados de hospicio.

En general, nuestro plan cubrirá sus medicamentos siempre que siga estas normas:

- Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otra persona autorizada a dar recetas) que escriba su receta, que debe ser válida de acuerdo con las leyes estatales correspondientes.
- El prescriptor no debe estar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2) o puede surtir la receta a través del sistema de servicios para pedido por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food y Drug Administration, FDA) o avalado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre las indicaciones médicamente aceptadas).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 para obtener más información).

Tenga en cuenta que la ley federal prohíbe que las personas inscritas en Medicare usen cupones de fabricantes u otros descuentos en medicamentos con su plan de

medicamentos. La asistencia financiera para ayudar con los costos de los medicamentos recetados puede estar disponible a través del programa de Ayuda Adicional/subsidio por bajos ingresos del gobierno. Puede solicitar Ayuda Adicional en cualquier momento antes o después de inscribirse en la Parte D. Para obtener más información o para presentar una solicitud, visite el sitio web del Seguro Social en www.ssa.gov y haga clic en “Medicare”, luego en “Solicitar Ayuda Adicional para la Parte D”.

## SECCIÓN 2 Surta sus recetas médicas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan

En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas *solo* si las surte en las farmacias de la red de nuestro plan. (Consulte la Sección 2.4 para obtener información sobre cuándo cubrimos los medicamentos recetados surtidos en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para proporcionarle los medicamentos cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos de la Parte D que están en la lista de medicamentos de nuestro plan.

Su cobertura se proporciona a través de un contrato con su empleador o sindicato actual o anterior. Dependiendo del diseño del plan de su empleador, usted PUEDE tener una red de farmacias que consta de farmacias de la red y farmacias de la red preferidas. Comuníquese con el administrador de beneficios de su empleador/sindicato para obtener más información sobre los beneficios de su plan.

### Sección 2.1 Farmacias de la red

#### Encuentre una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, vaya al *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web en (www.bcbstx.com/retiree-medicare-coa), o llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

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

Si la farmacia que estaba utilizando deja de formar parte de la red de nuestro plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia

en su área, llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o usar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en (www.bcbstx.com/retiree-medicare-coa).

### Farmacias especializadas

Algunas recetas médicas se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC). Por lo general, los centros de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos) tienen su propia farmacia. Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de atención a largo plazo, que normalmente es la farmacia que utiliza el centro de atención a largo plazo. Si tiene dificultades para obtener medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711).
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud Indígena / Programa de Salud Tribal / Programa de Salud Urbana Indígena (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que surten medicamentos que están limitados por la FDA para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para localizar una farmacia especializada, vaya al Directorio de farmacias www.bcbstx.com/retiree-medicare-coa o llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

## Sección 2.2 El servicio de pedido por correo de nuestro plan

Su cobertura se proporciona a través de un contrato con su empleador o sindicato actual o anterior. Comuníquese con el administrador de beneficios de su empleador/sindicato para obtener más información sobre los beneficios de su plan.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite pedir **un suministro de hasta 90 días**.

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con una de nuestras farmacias preferidas de pedidos por correo:

- Walgreens Mail Service, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al: 1-877-277-7895 (TTY: 711), o en línea en: WalgreensMailService.com.

- Express Scripts® Pharmacy, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al: 1-833-599-0729 (TTY: 711), o en línea en: express-scripts.com/rx.

- Amazon Pharmacy, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en: 1-855-393-4279 (TTY: 711), o en línea en: farmacia.amazon.com.

Consulte las Secciones 5.2 y 5.4 del Capítulo 6 para conocer los montos de costos compartidos preferidos en farmacias de pedido por correo.

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo se le enviará en un plazo de 10 días como máximo. Para resurtir sus recetas de pedido por correo, comuníquese con nuestro servicio de pedidos por correo de 10 a 20 días antes de que, según sus estimaciones, los medicamentos que tiene se acaben y así garantizar que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

- Si existe una demora en el pedido por correo y corre el riesgo de interrumpir la terapia, su plan permite anular la demora del correo. Llame a Servicio al cliente para obtener una aprobación de anulación. Una vez que se reciba la aprobación, la farmacia de pedido por correo transferirá su receta médica a la farmacia de su elección o le pedirá al prescriptor que envíe por teléfono un suministro más corto a una farmacia minorista local.

  **Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.** La farmacia surtirá y entregará automáticamente aquellas recetas nuevas que reciba de los proveedores de atención médica, sin necesidad de consultarlo primero con usted, si:

  - anteriormente utilizó el servicio de pedido por correo con este plan; o
  - está registrado para que todos los medicamentos recetados nuevos que se reciban directamente de los proveedores de atención médica se entreguen automáticamente. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas médicas nuevas en cualquier momento comunicándose con su farmacia de pedido por correo para programar su resurtido automático.

  Si recibe automáticamente por correo una receta médica que no desea y nadie se comunicó con usted antes de enviarla para ver si la quería, puede ser elegible para un reembolso.

Si utilizó los servicios de pedido por correo anteriormente y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada nueva receta médica, comuníquese con nosotros iniciando sesión en su cuenta en línea o comunicándose directamente con la farmacia.

Si nunca utilizó el servicio de pedidos por correo o decide suspender el surtido automático para recetas médicas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de parte de un proveedor de atención médica para ver si desea que se surta el medicamento y se le envíe de inmediato. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informarles si desea que envíen el medicamento, o retrasen o cancelen el envío.

Para excluirse de las entregas automáticas para las nuevas recetas médicas que provengan directamente del consultorio del proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros iniciando sesión en su cuenta en línea o directamente con la farmacia.

**Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo.** Para resurtir sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzamos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestran que está próximo a agotarse su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado.

Si elige no usar nuestro programa de resurtido automático, pero desea que la farmacia de pedido por correo le envíe su receta médica, póngase en contacto con la farmacia 10 días antes de que su receta médica actual se acabe. Esto garantizará que su pedido se envíe a tiempo.

Para optar por no participar en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros iniciando sesión en su cuenta en línea o comunicándose directamente con la farmacia.

Si recibe un resurtido que no desea automáticamente por correo, puede ser elegible para un reembolso.

Prime Therapeutics LLC brinda soluciones farmacéuticas para Blue Cross and Blue Shield of Texas. Blue Cross and Blue Shield of Texas, al igual que varios planes de Blue Cross and Blue Shield independientes, tiene derechos de propiedad en Prime Therapeutics LLC.

MyPrime.com es un sitio web de beneficios de farmacia propiedad de Prime Therapeutics LLC y administrado por esta empresa.

Walgreens Mail Service está contratada para brindar servicios de farmacia a los asociados de Blue Cross and Blue Shield of Texas.

Blue Cross®, Blue Shield® y los símbolos de la cruz y el escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.

Express Scripts® Pharmacy es una farmacia contratada para brindar servicios de farmacia por correo a los asociados de Blue Cross and Blue Shield of Texas. Express Scripts® Pharmacy es una marca comercial de Express Scripts® Strategic Development, Inc.

Amazon Pharmacy tiene un contrato para prestar servicios de entrega a domicilio de farmacia a Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO).

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

Su cobertura se proporciona a través de un contrato con su empleador o sindicato actual o anterior. Comuníquese con el administrador de beneficios de su empleador o sindicato para obtener información sobre los beneficios de su plan.

Nuestro plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento que se encuentren en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. El *Directorio de farmacias* www.bcbstx.com/retiree-medicare-coa le indica qué farmacias de nuestra red pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de medicamentos de uso continuo. También puede llamar a Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para más información.
2. También puede obtener medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.2 para obtener más información.

### Sección 2.4 Uso de farmacias que no están dentro de la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. **Consulte primero con Servicio al cliente 1-855-380-8542 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711)** para ver si hay una farmacia de la red cerca de usted.

Cubrimos recetas médicas surtidas en una farmacia fuera de la red solo en estas circunstancias:

- Si el asociado está de viaje fuera del área de servicio de su plan y:
  - se le terminan o pierde sus medicamentos cubiertos de la Parte D; o
  - se enferma y necesita un medicamento cubierto de la Parte D; o
  - no puede tener acceso a una farmacia de la red
- Si el asociado no puede obtener un medicamento cubierto de la Parte D de manera oportuna dentro de su área de servicio porque, por ejemplo, no hay farmacias de la red a una distancia razonable en automóvil que brinden servicio las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- Si el asociado está surtiendo una receta médica para un medicamento cubierto por la Parte D y dicho medicamento en particular (por ejemplo, un medicamento huérfano u otro medicamento especializado) no se encuentra regularmente disponible en una farmacia minorista o de pedido por correo accesible dentro de la red;
- Si al asociado se le proporcionan medicamentos cubiertos de la Parte D dispensados por una farmacia institucional fuera de la red mientras el beneficiario se encuentra en un departamento de emergencias, clínica basada en proveedores, cirugía ambulatoria u otro ámbito ambulatorio.
- Durante cualquier declaración federal de desastre u otra declaración de emergencia de salud pública en la que los asociados a la Parte D sean evacuados o desplazados de su lugar de residencia y no se pueda esperar razonablemente que obtengan medicamentos cubiertos de la Parte D en una farmacia de la red. Además, en circunstancias en las que los canales normales de distribución no estén disponibles.
- El resurtido de recetas médicas de uso continuo o de rutina surtidas en farmacias fuera de la red en una situación que NO sea de emergencia o en circunstancias inusuales, no estarán disponibles para la cobertura de su beneficio de la Parte D de Medicare.
- Además, Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) no permitirá de forma rutinaria que se dispense el suministro de más de un mes de medicamentos en una farmacia fuera de la red, aunque Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) puede invalidar el límite de un mes caso por caso cuando circunstancias extraordinarias lo justifiquen.
- Puede encontrar todas las farmacias participantes en su área llamando a la línea de localización de farmacias al 1-877-800-0746, que se responde las 24 horas del día, los 365 días del año. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711, para ser atendidos las 24 horas del día, los 365 días del año.

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

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

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

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

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare. La lista de medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare.

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

- Aprobado por la FDA para el diagnóstico o afección para el que fue recetado, o
- Avalado por ciertas referencias, como el Servicio de Información de Medicamentos del Formulario de Hospitales Americanos y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex (American Hospital Formulary Service Drug Information y Micromedex DRUGDEX Information System).

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

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

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico original y suelen costar menos. Existen medicamentos genéricos sustitutos para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, dependiendo de la ley estatal, pueden utilizarse para sustituir el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden utilizarse para sustituir los medicamentos de marca.

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

### Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos 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 en particular en la Lista de medicamentos.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no esté en la Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

## Sección 3.2 3 niveles de costo compartido para los medicamentos en la Lista de medicamentos

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de 3 los niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el costo del medicamento:

- Nivel 1: medicamentos genéricos (nivel más bajo)
- Nivel 2: medicamentos de marca preferidos
- Nivel 3: medicamentos no preferidos

Para saber en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos de nuestro plan. El monto que usted paga

por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6.

### Sección 3.3 Cómo averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos

Para saber si un medicamento se encuentra en nuestra Lista de medicamentos, cuenta con las siguientes opciones:

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le proporcionamos electrónicamente.
- Puede visitar nuestro sitio web en (www.bcbstx.com/retiree-medicare-coa). La Lista de medicamentos en el sitio web es siempre la más actualizada.
- Llame a Servicio al cliente para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.
- Use la "Herramienta de beneficios en tiempo real" (MyPrime.com) de nuestro plan para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para obtener una estimación de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

## SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

### Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlo a usted y a su proveedor a usar los 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 desde el punto de vista médico como uno de mayor costo, las normas de nuestro plan están diseñadas para alentarlo a usted y a su proveedor a utilizar esa opción de menor costo.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden 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 en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día o un medicamento en forma de comprimido en comparación con uno líquido).

## Sección 4.2 Tipos de restricciones

**Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que cubramos el medicamento.** Llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea que eliminemos la restricción por usted, debe utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción.** Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción (consulte el Capítulo 9).

### Obtener la autorización del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan con base en criterios específicos antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se conoce como **autorización previa**. Esta medida se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a orientarlo en el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no recibe esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por nuestro plan. Los criterios de autorización previa de nuestro plan pueden obtenerse llamando a Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o visitar nuestro sitio web myprime.com/en/forms/coverage-determination/prior-authorization.html.

### Probar primero un medicamento diferente

Este requisito le anima a probar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que nuestro plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, nuestro plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **tratamiento escalonado**. Los criterios de tratamiento escalonado de nuestro plan pueden obtenerse llamando a Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o visitar nuestro sitio web myprime.com/en/forms/coverage-determination/step-therapy.html.

### Límites en la cantidad

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad del medicamento que usted puede obtener por vez. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento recetado a no más de una píldora por día.

## SECCIÓN 5 ¿Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como a usted le gustaría?

Existen situaciones en las que un medicamento recetado que usted toma, o que usted y su proveedor consideran que debe tomar, no está en nuestra Lista de medicamentos y tiene restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero existen normas adicionales o restricciones para la cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costos compartidos que hace que su parte del costo sea más alta de lo que cree que debería ser.

**Si su medicamento se encuentra en un nivel de costos compartidos que hace que su parte del costo sea más alta de lo que cree que debería ser, consulte la Sección 5.1 para saber qué puede hacer.**

**Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, estas son algunas opciones:**

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

### Puede obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, nuestro plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que toma **ya no debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan O debe tener algún tipo de restricción nueva**.

- **Si es un asociado nuevo,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en nuestro plan el año anterior,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos múltiples surtidos para proporcionar un suministro máximo de hasta 30 días de medicamento. El medicamento recetado se debe surtir en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar su desperdicio).
- **Para asociados que han estado en nuestro plan por más de 90 días, que viven en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato,** cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento en particular, o menos días si la receta lo indica. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionado.
    - Existen circunstancias en las que podrían surgir transiciones no planificadas para los asociados actuales y en las que los regímenes de medicamentos recetados podrían no estar incluidos en el formulario del Patrocinador del Plan. Por lo general, estas circunstancias implican cambios en el nivel de atención en el cual el asociado pasa de un tipo de tratamiento a otro. Para estas transiciones no planificadas, los asociados y quienes emiten recetas deben usar nuestros procesos de excepciones y apelaciones. Las determinaciones de cobertura se procesan y las nuevas determinaciones se toman tan rápido como su estado de salud lo requiera.
    - Con el fin de evitar una interrupción temporal en la atención cuando un asociado es dado de alta para volver a su hogar, se les permite a los asociados tener disponible un suministro completo para pacientes externos para continuar con la terapia una vez que se agote el suministro limitado proporcionado al momento del alta. Este suministro para

pacientes externos está disponible antes del alta de una estadía de la Parte A.
- Cuando un asociado es admitido o dado de alta de un centro LTC y no tiene acceso al resto de la receta dispensada anteriormente, se procesa una anulación única de las ediciones de "resurtir demasiado pronto" para cada medicamento, lo que se vería afectado debido a que un asociado es admitido o dado de alta de un centro LTC. Las ediciones de resurtido anticipado no se utilizan para limitar el acceso apropiado y necesario al beneficio de la Parte D de un asociado, y dichos asociados pueden acceder a un resurtido al momento de la admisión o el alta.

Si tiene preguntas acerca de un suministro temporal, llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

**En el período durante el cual use el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tienes 2 opciones:**

**Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento**

Hable con su proveedor para ver si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

**Opción 2. Puede solicitar una excepción**

**Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento como deseen.** Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, dicho proveedor puede ayudarle a solicitarla. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es actualmente un asociado y el medicamento que está tomando se retirará del formulario o tendrá algún tipo de restricción el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud (o declaración de respaldo de su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

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

## Sección 5.1 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que usted considera demasiado elevado?

Su cobertura se proporciona a través de un contrato con su empleador o sindicato actual o anterior. Dependiendo del diseño del plan de su empleador, la información en esta sección sobre las excepciones de niveles podría no ser aplicable a su plan. Comuníquese con el administrador de beneficios de su empleador o sindicato para obtener más información sobre los beneficios de su plan.

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

### Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que usted considera muy alto, hable con su proveedor. Podría haber un medicamento diferente en un nivel de costos compartidos inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

### Puede solicitar una excepción

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

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

Los medicamentos de nuestro nivel de especialidad (Nivel 5) no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de los costos compartidos para los medicamentos en este nivel.

## SECCIÓN 6 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año

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

- **Añadir o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos**
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento**
- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento**
- **Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico**

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

### Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea con regularidad. En ocasiones, recibirá una notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que toma.

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

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos e <u>inmediatamente</u> eliminar o hacer cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
    - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar de inmediato un medicamento similar de la Lista de medicamentos, transferir el medicamento similar a un nivel de costos compartidos diferente, agregar nuevas restricciones o ambas opciones. La nueva versión del medicamento

aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en un nivel de costos compartidos más bajo y con las mismas restricciones o menos.

- Haremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de una marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
- Es posible que realicemos estos cambios de inmediato y se los informemos más adelante, incluso si toma el medicamento que retiramos o al que realizamos cambios. Si está tomando el medicamento similar en el momento en que realizamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o hacer cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
  - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, transferirlo a un nivel de costos compartidos diferente, agregar nuevas restricciones o ambas opciones. La versión del medicamento que agreguemos aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en un nivel de costos compartidos más bajo y con las mismas restricciones o menos.
  - Haremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido para 30 días de la versión del medicamento que esté tomando.
- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
  - A veces un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, podremos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo informaremos después de hacer el cambio.
- **Otros cambios de medicamentos en la Lista de medicamentos.**
  - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, nos

basamos en advertencias resaltadas de la FDA o 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 para 30 días del medicamento que está tomando.

Si hacemos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que está tomando, hable con su prescriptor sobre las opciones que serían más adecuadas para usted, incluido el cambio a un medicamento diferente para tratar su afección o la solicitud de una decisión de cobertura para cumplir con cualquier restricción nueva sobre el medicamento que está tomando. Usted o su prescriptor pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener 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 el año del plan actual.**

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

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

- Pasamos su medicamento a un nivel de costos compartidos más alto.
- Imponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si ocurre alguno de estos cambios para un medicamento que esté tomando (excepto un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de afiliación abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.

## SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Quedan *excluidos* algunos tipos de medicamentos recetados. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo (excepto en el caso de ciertos medicamentos excluidos cubiertos por nuestra cobertura de medicamentos mejorada). Comuníquese con el administrador de beneficios de su empleador o sindicato para obtener más información sobre los beneficios de su plan. Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

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

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso de un medicamento para una *indicación no autorizada* cuando no está avalado por ciertas referencias, como el Servicio de Información de Medicamentos del Formulario de Hospitales Americanos y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex (American Hospital Formulary Service Drug Information y Micromedex DRUGDEX Information System). El uso para una *indicación no autorizada* es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food y Drug Administration, FDA).

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare: (Nuestro plan cubre ciertos medicamentos detallados a continuación, mediante la cobertura de medicamentos mejorada, por la cual se le puede cobrar una prima adicional. A continuación, se brinda más información).

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta sin receta)
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado

- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia o la pérdida o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados (cobertura de medicamentos mejorada) que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Los costos compartidos seguirán aplicándose a medicamentos cubiertos en nuestro beneficio mejorado. El monto que pague por estos medicamentos no cuenta para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. (La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas se describe en la Sección 6 del Capítulo 6).

Si **recibe Ayuda Adicional de Medicare** para pagar sus medicamentos recetados, Ayuda Adicional no pagará medicamentos que no estén cubiertos normalmente. (Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicio al cliente al *1-855-380-8542*. (Los usuarios de TTY pueden llamar al *711*) para más información. Sin embargo, si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado pueden cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

## SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para obtener su medicamento recetado, proporcione la información de asociado de su plan, que puede encontrarse en su tarjeta de asociado, a la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red automáticamente le facturará al plan *nuestra* parte del costo de su medicamento. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo al momento de retirar su medicamento recetado.

Si no tiene su información de asociado del plan en el momento de obtener su medicamento recetado, usted o su farmacia pueden llamar a nuestro plan para

obtener la información necesaria, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de afiliación del plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire**. En ese caso, puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan.

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

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

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

**Tenga en cuenta** que, al ingresar, vivir o dejar un centro de enfermería especializada, tiene derecho a un Período de afiliación especial. Durante este período, puede cambiar de plan o de cobertura. (En el Capítulo 10: Cancelación de la membresía en nuestro plan, se indica cuándo puede dejar el plan y unirse a un plan de Medicare diferente.

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

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o la que utiliza el centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias* www.bcbstx.com/retiree-medicare-coa para averiguar si la farmacia de su centro de LCT o la que utiliza el centro forma parte de nuestra red. Si no fuese el caso, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de

manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

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

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

Si tiene otra cobertura para medicamentos recetados a través de su plan grupal ofrecido por el empleador o de jubilados (o del de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese plan grupal.** Puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos recetados en relación con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura de su empleador o grupo de jubilados, la cobertura para medicamentos que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su grupo. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

**Nota especial sobre la cobertura acreditable:**

Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura para medicamentos recetados para el año calendario siguiente es acreditable.

Si la cobertura del plan del grupo es acreditable, quiere decir que incluye una cobertura para medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos estándar de Medicare.

**Guarde cualquier aviso sobre la cobertura acreditable**, ya que puede necesitar estos avisos más adelante para demostrar que mantuvo la cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable, solicite una copia del administrador de beneficios de su empleador o plan de jubilados o del empleador o sindicato.

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

Los cuidados de hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de cuidados de hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por el centro de cuidados de hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones

relacionadas, su prescriptor o proveedor del centro de cuidados de hospicio debe notificar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pregunte a su proveedor de cuidados de hospicio o prescriptor que le proporcione un aviso antes de que se surta su medicamento recetado.

En caso de que usted revoque su elección de cuidados de hospicio o que reciba el alta del centro de cuidados de hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de cuidados de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta.

## SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

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

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

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

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

## Sección 10.1 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los asociados a usar de manera segura los medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los asociados usen de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos que son mal usados con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes profesionales que recetan o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con los profesionales que recetan para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con los profesionales que recetan y, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides o benzodiacepina con receta puede no ser seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo inscribimos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiacepina con receta en determinadas farmacias.
- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiacepina con receta de determinados médicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepinas que cubriremos para usted

Si planeamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta, se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le pedirá que obtenga las recetas para estos medicamentos solo de un prescriptor o de una farmacia en particular. Tendrá la oportunidad de informarnos qué prescriptores o farmacias prefiere usar, y brindarnos cualquier otra información que considere que es importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra decisión o con respecto a la limitación que impusimos, usted y el prescriptor tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente le enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No se lo colocará en un DMP si usted tiene determinadas afecciones, como dolor relacionado con un cáncer o enfermedad de células falciformes, o si recibe

cuidados de hospicio, paliativos o de final de vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

## Sección 10.2 Programa de Gestión de Farmacoterapia (MTM) para ayudar a los asociados a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros asociados con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de Gestión de Farmacoterapia (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros para ayudar a garantizar que nuestros asociados aprovechen al máximo los beneficios de los medicamentos que toman.

Algunos asociados que tienen ciertas enfermedades crónicas y usan medicamentos que exceden un monto específico de costos de medicamentos o que están en un DMP para que los ayude a utilizar los opioides de forma segura pueden obtener los servicios de un programa de MTM. Si reúne los requisitos para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud llevará a cabo una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta sin receta. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto debería tomar, el momento donde debería tomarlos y la razón por la que los está tomando. Además, los asociados del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre los pasos a seguir recomendados y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También tenga su lista de medicamentos actualizada y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

# CAPÍTULO 6: El monto que paga por los medicamentos de la Parte D

## SECCIÓN 1 El monto que paga por los medicamentos de la Parte D

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta** *Evidencia de cobertura* **sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D puede no aplicarse en su caso.**

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

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos recetados y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5 se explican estas normas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan para buscar la cobertura de medicamentos (MyPrime.com), el costo que ve muestra un valor estimativo de los gastos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la "Herramienta de beneficios en tiempo real" llamando a Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

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

Existen 3 tipos diferentes de gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D que se le puede solicitar pagar:

- El **deducible** es el monto que paga por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- El **copago** es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento recetado.

- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que obtiene un medicamento recetado.

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

Su cobertura se proporciona a través de un contrato con su empleador o sindicato actual o anterior. Comuníquese con el administrador de beneficios de su empleador o sindicato para obtener información sobre los beneficios de su plan.

**Seguimiento de los gastos totales de bolsillo**

- El informe de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (Explanation of Benefits, EOB) que usted recibe incluye el monto actual de los gastos de bolsillo. Cuando alcance el monto de $2,100, la *EOB de la Parte D* le indicará que dejó la Etapa de cobertura inicial y pasó a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. En la Sección 3.1 se explica qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

## SECCIÓN 2 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los asociados de Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO)?

Existen **tres etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos recetados en Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO). La cantidad que paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando obtenga un medicamento recetado o un resurtido. En este capítulo se explican los detalles de cada etapa. Las etapas son las siguientes:

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

### Mensaje importante acerca de lo que paga por la insulina

No pagará más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costos compartidos al que pertenezca, incluso si no ha pagado su deducible.

## SECCIÓN 3 La *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* explica la etapa de pago en la que se encuentra

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos recetados en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. Realizamos un seguimiento de 2 tipos de costos:

- **Gastos de bolsillo:** este es el monto que pagó. Esto incluye lo que paga cuando obtiene un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago realizado por sus medicamentos por el programa "Ayuda Adicional" de Medicare, planes de salud del empleador o sindicato, el Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP).
- **Costo total de medicamentos:** este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó el plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

- **Información para ese mes**. Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos recetados que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre aumentos en el precio desde el primer resurtido para cada reclamación de medicamento recetado de la misma cantidad.
- **Medicamentos recetados alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con costos compartidos más bajos disponibles para cada reclamación de medicamento recetado, si corresponde.

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

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

- **Muestre su tarjeta de asociado cada vez que obtenga un medicamento recetado.** Esto nos ayuda a que sepamos acerca de los medicamentos recetados que está obteniendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, es posible que pague el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los gastos de bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los gastos de bolsillo, bríndenos copias de sus recibos. **Estos son algunos ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:**
    - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
    - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
    - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
    - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros hagan por usted.** Los pagos realizados por ciertas personas y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, para los gastos de bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un programa estatal de asistencia farmacéutica, un programa de asistencia de medicamentos para el sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de Salud Indígena y por organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene preguntas, llame a Servicio al cliente

al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Asegúrese de conservar estos informes.

- Para registrarse, inicie sesión en MyPrime.com.
- Haga clic en la flecha desplegable junto a su nombre.
- Seleccione Preferencias de comunicación.
- Marque la casilla Correo electrónico.
- Haga clic en Guardar.

Si cambia de opinión y desea volver a recibir su EOB por correo, puede actualizar sus preferencias de comunicación en MyPrime.com.

Asegúrese de conservar estos informes.

## SECCIÓN 4 La Etapa del deducible

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Pagará un deducible anual de $50 por los medicamentos en los niveles 2 y 3. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de los niveles 2 y 3** hasta que alcance el monto del deducible de su plan. Para todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible. El **costo total** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, ya que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más las tarifas de dispensación para medicamentos con precios negociados conforme al Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare.

Una vez que pague $50 por sus medicamentos en los niveles 2 y 3 dejará la Etapa del deducible y pasará a la Etapa de cobertura inicial.

## SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial.

### Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surta la receta

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

**El plan tiene 3 niveles de costos compartidos.**

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno 3 de los niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el nivel de

costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Nivel 1: genéricos (nivel más bajo)
- Nivel 2: marca preferidos

  Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

- Nivel 3: medicamentos no preferidos

  Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Para saber en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

**Sus opciones de farmacias**

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

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no está en la red del plan. Cubrimos medicamentos recetados obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para saber en qué circunstancias cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5.
- La farmacia de pedido por correo de nuestro plan

Para obtener más información referente a estas opciones de farmacia y cómo surtir las recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* de nuestro plan www.bcbstx.com/retiree-medicare-coa.

## Sección 5.2 Tabla que muestra sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento cubierto

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

El monto del copago o coseguro depende del nivel de costos compartidos.

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

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

| Nivel | Costos compartidos en farmacias minoristas estándar (dentro de la red) (hasta 30 días de suministro) | Costos compartidos en farmacias estándar con servicio de pedido por correo (hasta 30 días de suministro) | Distribución de costos compartidos en farmacia de atención a largo plazo (LTC) (hasta 31 días de suministro) | Costos compartidos fuera de la red (La cobertura está limitada a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta 30 días de suministro) |
|---|---|---|---|---|
| **Nivel de costos compartidos 1** (Genérico) | $10 | $10 | $10 | $10 |
| **Nivel de costos compartidos 2** (Preferido de marca) | 20% ($30 mín - $60 máx) | 20% ($30 mín - $60 máx) | 20% ($30 mín - $60 máx) | 20% ($30 mín - $60 máx) |
| **Nivel de costos compartidos 3** (No Preferido) | 20% ($50 mín - $100 máx) | 20% ($50 mín - $100 máx) | 20% ($50 mín - $100 máx) | 20% ($50 mín - $100 máx) |

Para obtener más información sobre los costos compartidos de las vacunas de la Parte D, consulte la Sección 7 de este capítulo.

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

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento recetado cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en algunos casos, a usted o su

proveedor les gustaría obtener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido.

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

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar del mes completo. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el monto de costos compartidos diarios) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

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

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

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

**Sus costos para un suministro *a largo plazo* (hasta 90 días) de un medicamento cubierto de la Parte D**

| Nivel | Costos compartidos en farmacias minoristas estándar (dentro de la red) (hasta 90 días de suministro) | Costos compartidos en farmacias estándar con servicio de pedido por correo (dentro de la red) (hasta 90 días de suministro) |
|---|---|---|
| **Nivel de costos compartidos 1** (Genérico, | $30 | $20 |
| **Nivel de costos compartidos 2** (Preferido de marca) | 20% ($90 mín - $180 máx) | 20% ($60 mín - $120 máx) |
| **Nivel de costos compartidos 3** (No Preferido) | 20% ($150 mín- $300 máx) | 20% ($100 mín - $200 máx) |

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

## Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo para el año alcancen los $2,100

Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo para el año alcancen los $2,100. Luego pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

La *EOB de la Parte D* que recibió lo ayudará a llevar un registro de lo que usted, el plan y cualquier otro tercero en su nombre han gastado durante el año en sus medicamentos. No todos los asociados alcanzarán el de gastos de bolsillo de $2,100 en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Consulte la Sección 1.2 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo.

## SECCIÓN 6 La etapa de cobertura en situaciones catastróficas

En la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted entra en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo han alcanzado el límite de $2,100 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.
- Para medicamentos excluidos cubiertos según nuestro beneficio mejorado, los costos compartidos seguirán aplicándose.

## SECCIÓN 7 El monto que paga por las vacunas de la Parte D

### Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas

Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de la **administración de la vacuna**. (A veces se le denomina colocación de la vacuna).

Lo que usted paga por una vacuna de la Parte D depende de 3 cosas:

1. **Si la vacuna es recomendada para adultos por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).**
    - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el ACIP y no le cuestan nada.
2. **Dónde obtiene la vacuna.**
    - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.

3. **Quién le administra la vacuna.**
    - Un farmacéutico u otro proveedor pueden administrar la vacuna en la farmacia. Alternativamente, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que usted paga en el momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago del medicamento** en la que se encuentre.

- A veces, cuando obtiene la vacuna, deberá pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar 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, tendrá que pagar solo su parte del costo de acuerdo con el beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

A continuación, se presentan tres ejemplos de formas de recibir la administración de una vacuna de la Parte D.

*Situación 1:* La vacuna de la Parte D se le administra en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. En algunos estados, no se permite que las farmacias administren ciertas vacunas).

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

*Situación 2:* La vacuna de la Parte D se le administra en el consultorio de su médico.

- Cuando obtiene la vacuna, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.

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

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted deberá pagarle a la farmacia el copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna.

# CAPÍTULO 7:
# Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan o puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva (le reembolse) la parte que le corresponde pagar del costo. Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Puede haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó o posiblemente por un importe más alto que la parte que le corresponde de los costos compartidos. Primero, intente resolver el tema de la factura con el proveedor. Si esto no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que los costos compartidos permitidos por el plan. Si se contrata a este proveedor, todavía tiene derecho al tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que ha recibido.

### 1. Cuando ha recibido atención médica de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Cuando ha recibido atención de un proveedor que no forma parte de nuestra red, usted solo es responsable de pagar su parte del costo. (Su parte del costo puede ser mayor para un proveedor fuera de la red que para un proveedor de la red). Pídale al proveedor que le facture al plan nuestra parte del costo.

- Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia. Usted es responsable de pagar solo su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Si usted paga el monto total en el momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
    - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
    - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.
- Si bien puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto por la atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si el proveedor no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba.

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

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

- Usted solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina facturación de saldos. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor cobra por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según el plan.

### 3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

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

### 4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5 para saber cuáles son estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que pagaríamos en una farmacia de la red.

### 5. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado porque no lleva con usted su tarjeta de asociado del plan

Si usted no lleva con usted su tarjeta de asociado del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de afiliación del plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información sobre la afiliación que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento recetado.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le reembolsemos el

costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado para la receta.

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

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

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

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos la solicitud y decidiremos si el servicio o el medicamento deben cubrirse. A esto se le llama tomar una **decisión de cobertura**. Si concluimos que amerita la cobertura, le pagaremos nuestra parte del costo por el servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede solicitarnos que le reembolsemos el dinero enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros. **Debe presentar la reclamación ante nosotros dentro de los 12 meses** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de proporcionarnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar el pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
- Llame a Servicio al cliente y solicite el formulario.

Para **reclamaciones médicas**, envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado a esta dirección:

Medical Claims Payment Request
P.O. Box 4195
Scranton, PA 18505

Para **reclamaciones de atención de emergencia o urgencia internacional**, envíe por correo su solicitud junto con cualquier factura o recibos pagados a nuestra dirección:

Blue Cross Blue Shield Global Care
Service Center
P.O. Box 2048
Southeastern, PA 19399

Para **reclamaciones de medicamentos recetados**, envíe por correo su solicitud junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

Prescription Drug Claims Payment Request
P.O. Box 20970
Lehigh Valley, PA 18002-0970

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

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Nuestra parte del costo podría no ser el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es superior a nuestro precio negociado). Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.

- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta en la que se le explican las

razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

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

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, vaya al Capítulo 9 de este documento.

# CAPÍTULO 8:
# Sus derechos y responsabilidades

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

### Sección 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.) Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted y de acuerdo con sus sensibilidades culturales (en idiomas que no sean inglés, en braille, en español, en letra grande u otros formatos alternativos, 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 information in languages other than English including Spanish, 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 Customer Service at 1-855-380-8542. (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 Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) at 1-855-380-8542. 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.

Nuestro plan cuenta con servicios de intérpretes gratuitos disponibles para responder preguntas de asociados discapacitados y de aquellos que no hablan inglés. También podemos brindarle información en sistema braille, en español, en letra grande o en formatos alternativos de forma gratuita si lo requiere. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nuestra parte de una manera que la pueda comprender, llame al Departamento de Servicios de Atención al Asociado (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

Nuestra aseguradora cuenta con personas y servicios gratuitos de interpretación para responder preguntas de asegurados con alguna discapacidad o que no hablen inglés. Si lo necesita, también podemos proporcionarle sin costo información en braille, en letra grande u otros formatos. Tenemos la obligación de proporcionarle información sobre los beneficios de la cobertura en un formato accesible, eficaz y apropiado para usted. Comuníquese con Atención al asociado para recibir información en un formato eficaz para usted (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto).

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

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

Si tiene dificultades para acceder a la información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar un

reclamo ante Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) al 1-855-380-8542. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto está incluida en esta Evidencia de cobertura, o puede comunicarse al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697 para acceder a información adicional.

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

Tiene derecho a elegir un proveedor de la red del plan. También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin un referido y aun así pagar el monto del costo compartido dentro de la red.

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

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

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

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

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

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

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las situaciones mencionadas a continuación, si tenemos la intención de suministrarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle a usted, o a alguien que tenga la facultad legal de tomar decisiones por usted, su autorización por escrito antes de hacerlo.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su autorización por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
    - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
    - Debido a que usted es asociado de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a brindarle a Medicare su información de salud, incluida la información sobre sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales; por lo general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica de manera única.

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

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados en nuestro plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) debe enviarle un Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA, así como un Aviso estatal de prácticas de privacidad. El Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA describe cómo BCBSTX puede usar o divulgar su información de salud protegida y sus derechos a recibir dicha información según las leyes federales. El Aviso estatal de prácticas de privacidad

describe cómo BCBSTX puede usar o divulgar su información financiera personal no pública y sus derechos a recibir dicha información según las leyes estatales. Tómese unos minutos para revisar estos avisos. Comuníquese con Servicio al cliente para obtener más información.

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA

Con vigencia a partir del 10/01/2022

**REVISE ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE. DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.**

Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) se compromete a proteger su privacidad y comprende la importancia de salvaguardar la información médica. El Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability y Accountability Act, HIPAA) nos exige que mantengamos la privacidad de la información de salud protegida que lo identifique o que pueda utilizarse para identificarlo. La HIPAA también exige que le proporcionemos este Aviso de prácticas de privacidad, en el que se explican nuestras obligaciones legales, nuestras prácticas de privacidad y sus derechos con respecto a la PHI que BCBSTX recopila y mantiene sobre usted. Además, la ley estatal nos exige que le proporcionemos un aviso estatal en el que se explique cómo BCBSTX puede usar o divulgar su información financiera personal no pública y se describan sus derechos con respecto a dicha información.

Para recibir este aviso electrónicamente, diríjase al portal de Blue Access for MembersSM (BAMSM) en BCBSTX.com y regístrese.

**Esta sección explica los DERECHOS que tiene con respecto a su PHI y nuestras obligaciones con respecto a estos derechos.** Puede ejercer estos derechos enviándonos una solicitud por escrito. La información de contacto se encuentra al final de este aviso.

**Derecho a solicitar una modificación a su PHI**

- Puede solicitar una modificación a su PHI en un registro designado si cree que es incorrecta o está incompleta.
- Tenemos 60 días para responder a su solicitud, sin embargo, podemos recibir 30 días adicionales si fuera necesario.
- Podemos denegar su solicitud, por ejemplo, si determinamos que su PHI es correcta y está completa o que nosotros no creamos la PHI. Le explicaremos el motivo de la denegación en la respuesta que le enviemos y usted tiene derecho a enviar una declaración de desacuerdo.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales**

- Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica o en una dirección alternativa.
- Estamos obligados a atender solicitudes razonables; sin embargo, tenemos derecho a solicitarle información sobre cómo se manejará su pago, así como detalles sobre sus alternativas de comunicación.

**Derecho a solicitar una lista de las personas o entidades que recibieron su PHI**

- Puede solicitar un informe de divulgaciones, que es una lista de todas las divulgaciones que realizamos durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. La lista no incluirá todas las divulgaciones realizadas para tratamientos, pagos, operaciones de atención médica, así como un par de situaciones más. Los detalles sobre estas situaciones se describen más adelante en el aviso.
- Puede solicitar 1 informe de divulgaciones en cualquier período de 12 meses; si solicita cuentas adicionales en este período de tiempo, es posible que le cobremos una tarifa razonable basada en el costo. Le notificaremos antes de cobrarle: luego puede retirar o modificar su solicitud para evitar un cargo.
- Tenemos 60 días para responder a su solicitud; sin embargo, tenemos 30 días adicionales si es necesario.

**Derecho a solicitar una copia del Aviso**

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Para solicitar una copia, envíe su solicitud por escrito utilizando la información de contacto que figura al final de este aviso.

**Derecho a elegir a alguien para que actúe en su nombre**

- Si le ha otorgado a alguien un poder notarial para la atención médica o si alguien es su tutor legal, esta persona puede actuar en su nombre y tomar decisiones por usted.
- Confirmaremos que esta persona tiene el derecho de actuar en su nombre antes de que divulguemos su PHI.

**Derecho a presentar una queja**

- Puede presentar una queja directamente ante nosotros si cree que hemos violado sus derechos de privacidad utilizando la información de contacto que figura al final de este aviso.
- También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. llamando al 1-877-696-6775; o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ o enviando una carta a la siguiente dirección:
  200 Independence Ave., SW, Washington, D.C. 20201.
- No tomaremos represalias contra usted de ninguna forma por presentar una queja.

**En esta sección se le explica cuándo debemos recibir su consentimiento antes de compartir su PHI.**

**Podemos compartir su PHI para estos fines con su consentimiento verbal o por escrito.**

- Puede identificar a un familiar, amigo cercano u otra persona para que le ayude con las decisiones de atención. Divulgaremos la PHI limitada necesaria a esa persona para que pueda ayudarlo. (Si no puede dar su consentimiento y determinamos, con nuestro criterio profesional, que es lo mejor para usted, podemos usar o divulgar su PHI para notificar a un familiar, representante personal u otra persona que pueda ayudarle).
- Por nuestros esfuerzos de recaudación de fondos.

**No podemos usar ni divulgar la PHI para estos fines sin su consentimiento por escrito.**

- Para actividades de mercadeo o para nuestro beneficio financiero.
- Divulgar notas de psicoterapia.
  Puede haber otros usos y divulgaciones de su PHI además de los enumerados que pueden requerir su autorización si el uso o la divulgación no es permitido o exigido por la ley.
  Tiene derecho a revocar su autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que ya hayamos usado o divulgado su PHI con base en esa autorización inicial.

**Esta sección describe las situaciones en las que las leyes federales nos permiten usar o compartir su PHI.**

Aunque no es exhaustivo, le dará una buena idea de los tipos de usos y divulgaciones de rutina que hacemos.

**Administrar y dar apoyo a la atención médica que recibe**

- Podemos usar su PHI y compartirla con los profesionales de la salud que lo están tratando, por ejemplo, cuando su proveedor nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar servicios adicionales.

**Dirigir nuestra organización**

- Podemos usar y divulgar su PHI para ayudarnos a administrar nuestras operaciones comerciales y cumplir con nuestras obligaciones con nuestros clientes y asociados; por ejemplo, usamos la PHI para la afiliación, programas de atención médica, actividades relacionadas con la creación, renovación o reemplazo de un plan de salud y el desarrollo de mejores servicios de atención médica de alta calidad. (No podemos usar la información genética para denegar o rechazar la cobertura de un plan de salud individual).

**Pagar por sus servicios de salud**

- Podemos usar y divulgar su información de salud para procesar sus reclamaciones y pagarle a su proveedor, por ejemplo, cuando compartimos información sobre usted para coordinar los beneficios entre su plan de servicios dentales y nuestro plan médico.

**Administre su plan**

- Podemos divulgar su información de salud al patrocinador de su plan de salud para fines de administración del plan, por ejemplo, si su compañía nos contrata para proporcionar su plan de salud grupal, es posible que necesitemos proporcionarles ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

**Los siguientes son ejemplos de casos en los que se nos permite usar o divulgar su PHI sin autorización y sin que usted pueda oponerse a su uso o divulgación.**

**Actividades de salud pública**

- Tenemos permitido divulgar PHI con fines de salud pública. Esto incluye divulgaciones a una autoridad de salud pública u otra agencia gubernamental que tenga la autoridad de recopilar y recibir dicha información (por ejemplo, la Administración de Alimentos y Medicamentos).

**Actividades de supervisión de la salud**

- Podemos usar o divulgar su PHI en la medida en que lo exijan las leyes federales, estatales o locales para la supervisión de la salud.

**Abuso, negligencia o amenaza grave a la salud o seguridad**

- Podemos divulgar la PHI a una agencia gubernamental o a una autoridad de salud pública autorizada por la ley para recibir información sobre adultos y niños que son víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- También podemos divulgar la PHI si, en nuestra opinión profesional, es necesario para prevenir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad pública; sin embargo, la PHI solo se puede divulgar a alguien que consideremos razonablemente que puede prevenir o reducir la amenaza.

**Iniciativas de investigación**

- En determinadas situaciones, se nos permite divulgar un conjunto limitado de datos con fines de investigación.

**Requerido por el Secretario de Salud y Servicios Humanos**

- Es posible que se nos pida que divulguemos la PHI al Departamento de Salud y Servicios Humanos para que puedan determinar nuestro cumplimiento de los requisitos de la norma final relacionada con las Normas para la privacidad de la información de salud de identificación individual.

**Cumplir con la ley**

- En algunas situaciones, es posible que la ley federal, estatal o local vigente nos exija divulgar su PHI.

**Donantes de órganos, médicos forenses y directores de funerarias**

- Si usted es donante de órganos, podemos divulgar su PHI a una organización de obtención de órganos, si fuera necesario, para facilitar la donación o el trasplante de órganos.
- Podemos divulgar su PHI si un médico forense, funcionario forense o director de funeraria la necesita para desempeñar funciones legalmente autorizadas.

**Indemnización por accidentes de trabajo**

- Es posible que se nos solicite que compartamos la PHI para cumplir con las leyes de indemnización por accidente de trabajo y otros programas similares.

**Funciones gubernamentales especializadas Seguridad nacional y actividades de inteligencia**

- Es posible que se nos solicite que divulguemos la PHI en determinadas situaciones, como para determinar la elegibilidad para los beneficios ofrecidos por el Departamento de Asuntos de Veteranos.
- La ley también puede exigirnos que divulguemos la PHI a funcionarios federales autorizados con fines de seguridad nacional, actividades de inteligencia o contrainteligencia, la protección del Presidente y otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros, según lo exija la ley.

**Responder a demandas y acciones legales**

- Podemos divulgar su PHI en respuesta a una orden administrativa o judicial, pero solo si la divulgación está expresamente autorizada.
- También es posible que debamos divulgar la PHI para responder a un citatorio, una solicitud de descubrimiento u otra solicitud similar.

**Cumplimiento de la ley**

- Si se cumplen los requisitos legales aplicables, podemos divulgar la PHI a las autoridades encargadas del cumplimiento de la ley con el fin de responder a un delito.

**Reclusos**

- Podemos usar o divulgar la PHI que creamos o recibimos durante el pago de los servicios de atención médica de los reclusos en un centro correccional.

**Socios comerciales**

- Podemos divulgar la PHI a un socio comercial, que es una entidad o persona que realiza actividades o servicios en nuestro nombre que impliquen el uso, la divulgación, el acceso, la creación o el almacenamiento de la PHI. Requerimos que un socio comercial formalice los acuerdos apropiados antes de iniciar estas actividades o servicios.

**Información de salud adicional**

- Algunas leyes federales o estatales incluyen requisitos adicionales para el uso o la divulgación de determinada información relacionada con afecciones de salud. Cumplimos los requisitos correspondientes de estas leyes.

**También tenemos las siguientes responsabilidades y obligaciones legales para:**

- Mantener la privacidad y seguridad de su PHI.
- Notificarle en caso de que se vea afectado por una violación de la PHI no asegurada.
- Proporcionarle una copia impresa de este aviso si así lo solicita.
- Acatar los términos de este aviso actual.
- Abstenernos de usar o divulgar la PHI de alguna manera no descrita en este aviso, a menos que nos autorice por escrito.

## AVISO DE PRIVACIDAD DEL ESTADO

Con vigencia a partir del 10/01/2022

Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) recopila información personal no pública sobre usted a través de su solicitud de seguro, reclamaciones de atención médica, información de pago y agencias de informes del consumidor. BCBSTX se compromete a lo siguiente:

- **No** divulgar esta información, incluso si su relación de cliente con nosotros termina, a terceros no asociados, excepto con su consentimiento o según lo permita la ley.
- **Restringir** el acceso a esta información solo a aquellos empleados que realizan funciones necesarias para administrar nuestro negocio y proporcionar servicios a nuestros clientes.
- **Mantener** prácticas de seguridad y privacidad que incluyan salvaguardas físicas, técnicas y administrativas para proteger esta información del acceso no autorizado.
- **Usar** esta información con el único propósito de administrar su plan de seguro, procesar sus reclamos, garantizar una facturación adecuada, brindarle servicio al cliente y cumplir con la ley.
- **Solo** compartir esta información según lo exija o permita la ley y si es necesario con los siguientes terceros:
  - Filiales de la empresa
  - Los socios comerciales que prestan servicios en nuestro nombre (p. ej., gestión de reclamaciones, mercadeo, apoyo clínico)
  - Corredores o agentes de seguros, empresas de servicios financieros, aseguradoras de *stop-loss*
  - Agencias reguladoras, gubernamentales y de aplicación de la ley
  - El plan de salud grupal de su empleador.

También tiene derecho a preguntar qué información financiera no pública tenemos sobre usted y a solicitar una copia de ella.

## MODIFICACIONES A ESTOS AVISOS

Nos reservamos el derecho de cambiar las prácticas de privacidad descritas en estos avisos y hacer que las nuevas prácticas se apliquen a toda la PHI que mantenemos sobre usted. En caso de que realicemos un cambio, publicaremos los avisos revisados en nuestro sitio web. Siempre puede solicitar una copia impresa utilizando la información de contacto que figura a continuación. Dependiendo de los cambios hechos al Aviso, es posible que la ley correspondiente nos exija enviarle una copia por correo.

## INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA ESTOS AVISOS

Si desea obtener información general sobre sus derechos de privacidad o desea obtener una copia de estos avisos, visite: http://www.BCBSTX.com/legal-and-privacy/privacy-notice-and-forms. Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o

desea ejercer un derecho descrito en el Aviso, puede comunicarse con nosotros al:
Por teléfono: llamando al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de asociado o al 1-877-361-7594.

Por escrito: Executive Director,
Privacy Office
Blue Cross and Blue Shield of Texas
300 East Randolph Street
Chicago, IL 60601-5099

**REVISADO: agosto 2025**

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

Como asociado de Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO), usted tiene derecho a que le brindemos varios tipos de información.

Si desea alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura para los medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por los que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre el pedido de una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura tiene algún

tipo de restricción. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

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

Tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

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

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

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

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

- Completar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.

- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan **instrucciones anticipadas**. Documentos como el **testamento vital** y el **poder de representación para la atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

**Cómo establecer instrucciones anticipadas para indicar su voluntad:**

- **Obtener el formulario.** Puede recibir un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede llamar a Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** No importa dónde consiga el formulario, es un documento legal. Debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas correspondientes.** Entréguele una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Puede darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

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

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

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

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

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de Pública de Texas.

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

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

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

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697), o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si siente que no se lo ha tratado con imparcialidad o que sus derechos no han sido respetados, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para abordar el problema que está enfrentando en los siguientes lugares:

- **Llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).**
- **Llame a su programa de asistencia de seguro de salud estatal (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) local.** Consulte el anexo al final de este documento para obtener información del Programa SHIP de su estado.
- **Puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).

### Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en los siguientes lugares:

- **Llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711)**

- **Llame a su programa de asistencia de seguro de salud estatal (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) local.** Consulte el anexo al final de este documento para obtener información del Programa SHIP de su estado.
- **Comuníquese con Medicare**
  - Visite www.Medicare.govpara leer la publicación *Derechos y protecciones de Medicare* (disponible en: (Derechos y protecciones de Medicare)
  - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).

## SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como asociado de nuestro plan

Lo que tiene que hacer como asociado del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta *Evidencia de cobertura* para obtener información sobre lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
  - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro médico u otra cobertura para medicamentos, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de asociado del plan cada vez que reciba atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y demás proveedores a brindarle una mejor atención compartiéndoles información, haciendo preguntas y siguiendo su plan de atención.**
  - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.

- Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta sin receta, las vitaminas y los suplementos.
- Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que comprenda.

- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros asociados respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, de los hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como asociado del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Debe pagar las primas del plan.
  - Debe continuar pagando las primas de la Parte B de Medicare para seguir siendo asociado del plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
  - Si recibe servicios médicos o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan o por otro seguro que tenga, usted será responsable de pagar el costo total de estos.
  - Si está en desacuerdo con nuestra decisión de denegarle la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este documento para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
  - Si le corresponde pagar una multa por afiliación tardía, debe pagarla para conservar su cobertura para medicamentos.
  - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando este monto directamente al gobierno para seguir siendo asociado del plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio del plan, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de asociado y saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda, informe al Seguro Social o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios.**

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

## SECCIÓN 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

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

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

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

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

### Sección 1.1 Términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, los procedimientos y los tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar las cosas, en este capítulo se usan 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 y así obtener la ayuda o información adecuada, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinadas situaciones.

## SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debe llamar a Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener ayuda. En algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Existen dos organizaciones que pueden ayudarlo, y son las siguientes:

### Programa estatal de asistencia sobre seguros médicos (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 comprender el proceso que debe utilizar para abordar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las URL de los sitios web en el anexo al final de este documento.

### Medicare

También puede comunicarse con Medicare para recibir ayuda:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.Medicare.gov

## SECCIÓN 3 Qué proceso usar para su problema

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

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

**Sí.**

Diríjase a la **Sección 4, Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

**No.**

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

# Decisiones de cobertura y apelaciones

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

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, en general, nos referimos a artículos, servicios y medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para asuntos como determinar si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

### Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si usted quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de nuestro plan lo refiere a un médico especialista que no está dentro de la red, este referido se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que usted o el médico de la red puedan demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este médico especialista, o la *Evidencia de cobertura* deje en claro que el servicio al que se lo refirió no está cubierto en ninguna situación. Usted o su médico también pueden contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, es posible que rechacemos una solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los

ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud se encuentran los siguientes: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

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

### Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que reciba un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Bajo ciertas circunstancias, puede solicitar una **apelación rápida** o expedita de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si hemos seguido todas las normas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, es posible que rechacemos una solicitud de una apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, la apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 evaluada por una organización de revisión independiente que no está vinculada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.

- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 de atención médica, consulte la **Sección 5.4**.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan más adelante en la Sección 6.

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

### Sección 4.1 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

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

- **Llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711)**.
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguros médicos.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser nombrado como su representante. Llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y solicite el formulario de *Designación de representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).
    - Para la atención médica y los medicamentos de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
    - Para los medicamentos de la Parte D, su médico o prescriptor puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o prescriptor puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Si quiere que un amigo, un pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y solicite el formulario de

*Designación de representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.) This Este formulario le da permiso a esa persona para actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.

- Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podremos completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de que se cumpla el plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referido. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

## Sección 4.2 Normas y plazos para diferentes situaciones

Existen cuatro situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene distintas normas y plazos. Proporcionamos los detalles para cada una de estas situaciones en este capítulo:

- **Sección 5**. Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6**: Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7**: Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto
- **Sección 8**: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de rehabilitación

integral para pacientes ambulatorios [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]).

Si no está seguro de qué información se aplica a usted, llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su programa SHIP.

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

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

Los beneficios de atención médica se describen en el Capítulo 4 de la Tabla de beneficios médicos. Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a "cobertura de atención médica" o "atención médica", que incluye productos y servicios médicos, así como medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos recetados de la Parte B de las normas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica qué hacer si se encuentra en alguna de las siguientes cinco situaciones:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan la cubre. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

2. Nuestro plan no autorizará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

3. Recibió atención médica que cree que debe ser cubierta por nuestro plan, pero le dijimos que no pagaremos por dicha atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

4. Recibió y pagó atención médica que cree que el plan debería cubrir, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**

5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted

cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

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

### Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

**Términos legales:**

Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina **determinación de la organización.**

Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación acelerada.**

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

**Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma dentro de los 7 días calendario cuando el artículo médico o servicio está sujeto a nuestras normas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás productos y servicios médicos o 72 horas para medicamentos de la Parte B. Por lo general, se toma una decisión de cobertura rápida dentro de las 72 horas para los servicios médicos o dentro de las 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**

- Puede solicitar cobertura *solo* para artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago de artículos o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el hecho de recurrir a los plazos estándares podría afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física.

**Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**

**Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se explique lo siguiente:

- Que usaremos los plazos estándares.
- Que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
- Cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

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

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted o su médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

**Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.**

***Para las decisiones de cobertura estándar, usamos los plazos estándar.***
**Esto significa que le responderemos en un plazo de 7 días calendario después de recibir su solicitud de un artículo médico o servicio que esté sujeto a las normas de autorización previa. Si el artículo médico o servicio solicitado no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le responderemos en un plazo de 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. Si está solicitando un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud.**

- **No obstante,** si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. Le otorgaremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 para obtener información sobre las quejas).

***En el caso de las decisiones de cobertura rápidas, usamos un marco de tiempo acelerado.***
**Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si está solicitando un artículo o servicio médico. Si está solicitando un medicamento de la Parte B, responderemos en un plazo de 24 horas.**

- **No obstante,** si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la Sección 10 para obtener información sobre reclamos). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

**Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, puede presentar una apelación.**

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

## Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)

**Términos legales:**

Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

**Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.**

**Por lo general, se presenta una apelación estándar dentro de los 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas.**

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención, usted o su médico deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 5.2.

**Paso 2: Solicitar a nuestro plan una apelación o una apelación rápida**

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.**
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos al 1-855-380-8542 (TTY: 711).** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Asimismo, puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar la apelación. Podemos cobrarle una tarifa por reproducir las copias y enviarle dicha información.**

**Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.**

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información, si la necesitamos, y podemos contactarnos con usted o su médico.

***Plazos para una apelación rápida***

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo si está solicitando un medicamento de la Parte B.
    - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

***Plazos para una apelación estándar***

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no recibió, le responderemos **en un plazo de 7 días calendario** posteriores a la recepción de la apelación. Le daremos la respuesta antes si su afección médica así lo exige.
    - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
    - Si considera que no deberíamos tomarnos más días, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le damos una

respuesta en un plazo de 24 horas. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

- Si no le damos una respuesta para el plazo indicado (o al final de la extensión de tiempo), le enviaremos su solicitud a una apelación del Nivel 2, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si está solicitando un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

## Sección 5.4 Nivel 2 del proceso de apelación

**Término legal:**

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente.** A veces se la denomina **IRE** (Independent Review Entity).

La **organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

**Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.**

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso**. **Se nos permite cobrarle un cargo por reproducir las copias y enviarle esta información.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

***Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá una apelación rápida en el Nivel 2***

- En el caso de la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.

***Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, también se le concederá una apelación estándar en el Nivel 2.***

- En el caso de la apelación estándar, si está solicitando 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** de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento de la Parte B, la organización de revisión debe comunicarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Sin embargo, si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si está solicitando 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 los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos de la Parte B,** debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar.** Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente**.**
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no se debe autorizar. (Esto se llama **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**.) En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:
  - Explica la decisión.
  - Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
  - Explicarle cómo presentar una apelación de Nivel 3.

**Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.**

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 explica el proceso de apelación de los niveles 3, 4 y 5.

## Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido en concepto de atención médica?

En el Capítulo 7, se describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

### La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud**: Si la atención médica tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo normalmente en un plazo de 30 días calendario, pero, como máximo, en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado por 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 enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos la atención médica y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

**Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3.** En el caso de apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

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

## Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Para obtener detalles 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 sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente decimos *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir el *medicamento recetado cubierto para pacientes externos* o *medicamento de la Parte D* cada vez. También usamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

### Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

**Término legal:**

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se llama **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por los medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las situaciones siguientes:

- Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos cubiertos del plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede

obtener, criterios de autorización previa o el requisito de probar otro medicamento primero). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**

- Solicitar el pago de un monto más bajo de costos compartidos por un medicamento cubierto en un nivel de costos compartidos más alto. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar un medicamento recetado que ya ha comprado. **Pedirnos un reembolso. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

### Sección 6.2 Solicitar una excepción

**Términos legales:**

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se llama **excepción al formulario**.

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se llama **excepción al formulario**.

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se llama **pedir una excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o prescriptor tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico o prescriptor pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto del costo compartido que se aplica a los medicamentos del Nivel 4. No puede solicitar que hagamos una

excepción respecto del monto de costos compartidos que usted debe pagar por el medicamento.

2. **Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y renunciamos a una restricción para usted, puede solicitar una excepción al monto del copago o coseguro que le exigimos que pague por el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costos compartidos más bajo.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.
   - Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costos compartidos más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costos compartidos que corresponda a los medicamentos alternativos.
   - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento a un monto de costos compartidos más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
   - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costos compartidos que corresponde al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
   - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costos compartidos que corresponde al nivel más bajo que contiene alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
   - No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costos compartidos de ningún medicamento del Nivel 5 (nivel de especialidad).
   - Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costos compartidos más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

## Sección 6.3 Información importante que debe conocer acerca de pedir excepciones

### Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o prescriptor deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o prescriptor cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costos compartidos más bajo no funcionen igual para usted o sea probable que provoquen una reacción adversa u otro daño. Su cobertura se proporciona a través de un contrato con su empleador o sindicato actual o anterior. Dependiendo del diseño del plan de su empleador, es posible que las excepciones a los niveles no sean aplicables a su plan. Comuníquese con el administrador de beneficios de su empleador o sindicato para obtener más información sobre los beneficios de su plan.

### Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

## Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

**Término legal:**

Una decisión de cobertura rápida se denomina una **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 recibida la declaración de su médico. **Las decisiones de cobertura rápidas** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibida la declaración de su médico.

***Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida.*** **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**

- Debe estar pidiendo un medicamento que aún no recibió. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- El hecho de usar los plazos estándar podría afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física.
- **Si su médico o prescriptor nos indican que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico o prescriptor, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se explique lo siguiente:
    - Que usaremos los plazos estándares.
    - Explica que, si su médico u otra persona autorizada a dar recetas pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
    - Le indica cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

**Paso 2: Solicitar una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.**

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el *Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS*, que se encuentra disponible en nuestro sitio web www.bcbstx.com/medicare/group-

retiree-medicare/forms-and-documents. El Capítulo 2 contiene la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que muestre qué reclamación denegada está siendo apelada.

Usted, su médico (u otro prescriptor) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que es el motivo médico de la excepción. Su médico u otro prescriptor pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico u otro prescriptor pueden llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

**Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.**

***Plazos para una decisión de cobertura rápida***

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibida su solicitud.
    - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le informaremos cómo puede apelar.

***Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido***

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.

- En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
- Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le informaremos cómo puede apelar.

***Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró***

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le informaremos cómo puede apelar.

**Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.**

Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de medicamento que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

## Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

**Términos legales:**

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama **redeterminación del plan**.

Una apelación rápida también se denomina **redeterminación acelerada.**

**Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.**

**Generalmente, una apelación estándar se realiza dentro de los 7 días calendario. Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida.**

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro prescriptor tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

**Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe contactarse con nosotros y presenta una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.**

- **En el caso de las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al** 1-855-380-8542. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el *Formulario de solicitud de redeterminación modelo de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web www.bcbstx.com/medicare/group-retiree-medicare/forms-and-documents. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le

demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar la apelación. Podemos cobrarle una tarifa por reproducir las copias y enviarle dicha información.

**Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.**

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico u otro prescriptor para obtener más información.

***Plazos para una apelación rápida***

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

***Plazos para una apelación estándar por un medicamento que aún no ha recibido***

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su afección de salud así lo exige.

- Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan rápido como lo requiera su salud, pero nunca después de **7 días calendario** de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

***Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró***

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de **30 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le informaremos cómo puede apelar.

**Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar *otra* apelación.**

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

## Sección 6.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

**Término legal:**

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente.** A veces se la denomina **IRE** (del inglés "Independent Review Entity").

La **organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

**Paso 1: Usted (o su representante, médico u otro prescriptor) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.**

- Si rechazamos su apelación del Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- **Debe presentar la solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito.
- Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **de riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la IRE.
- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso**. Se nos permite cobrarle un cargo por reproducir las copias y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

**Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.**

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

***Plazos para una apelación rápida***

- Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización acepta darle una apelación rápida, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la 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 debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si 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 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

**Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.**

***En el caso de las apelaciones rápidas:***

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

***En el caso de las apelaciones estándar:***

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión independiente **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

**¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?**

Si esta organización rechaza **una parte o la totalidad de** su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar la solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su**

**apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:

- Explica la decisión.
- Le permite conocer su derecho a una apelación de Nivel 3 si el monto en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
- Le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

**Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.**

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

## SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

## Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los dos días calendario de su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Dice lo siguiente:

   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darlo de alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**

   - Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
   - Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. **Guarde la copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite

   - Si firma el aviso más de dos días calendario antes de la fecha del alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.

- Para ver una copia de este aviso con antelación, llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

## Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internos estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe 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 Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711). O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguros médicos (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Puede consultar la información de contacto del SHIP en el anexo al final de este documento.

**Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación.** Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted. La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

### Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

#### *¿Cómo puede comunicarse con esta organización?*

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

***Actúe rápido:***

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta.**
    - **Si usted cumple con este plazo,** es posible que pueda permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
    - **Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros.** Si decide quedarse en el hospital después de la fecha del alta prevista, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha del alta prevista.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después en que se nos contacte, le daremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso le indica su fecha del alta prevista y le explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.
- Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando a Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. O puede ver un aviso de muestra en línea en http://www.cms.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

**Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.**

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que le dará la fecha del alta planificada. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

**Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará la respuesta a su apelación.**

***¿Qué sucede si la aceptan?***

- Si la organización de revisión *acepta*, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internos cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

***¿Qué sucede si la rechazan?***

- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación, significa que la fecha del alta prevista es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internos finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le brinde su respuesta a la apelación.

**Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.**

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación *y* usted permanece en el hospital después de la fecha del alta prevista, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

## Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha del alta prevista.

**Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de nuevo para pedir otra revisión.**

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

**Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.**

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

**Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, sobre su apelación y le informarán su decisión.**

***Si la organización de revisión independiente la acepta:***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su** atención hospitalaria para **pacientes internos durante el tiempo que sea médicamente necesaria.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

***Si la organización de revisión independiente la rechaza:***

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

**Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.**

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.

- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

## SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos)** que estén cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

### Sección 8.1 Le comunicaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura

**Término legal:**

**Aviso de no cobertura de Medicare.** Le dice cómo puede solicitar una **apelación rápida.** Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

1. **Recibirá un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir la atención. El aviso dice lo siguiente:
   - La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una apelación rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más largo.

2. **Se le pedirá que usted o alguien que actúa en su nombre firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió** Firmar el aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

## Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe 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 Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711). O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguros médicos (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Puede consultar la información de contacto del SHIP en el anexo al final de este documento.

**Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación.** Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada. La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye las revisiones de las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

### Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y pida una *apelación rápida*. Debe actuar rápido.

#### *¿Cómo puede comunicarse con esta organización?*

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

***Actúe rápido:***

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día antes de la fecha de entrada en vigencia** que se indica en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si no cumple con el plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derecho a apelar. Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad utilizando la información de contacto en el *Aviso de no cobertura de Medicare*. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

**Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.**

**Término legal:**

**Explicación detallada de no cobertura.** Aviso que proporciona detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

***¿Qué sucede durante esta revisión?***

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión independiente también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación, usted recibirá la *Explicación detallada de no cobertura* donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

**Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.**

***¿Qué sucede si los revisores aceptan?***

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

***¿Qué sucede si los revisores rechazan?***

- Si los revisores *rechazan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

**Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.**

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo atención después de que haya finalizado la cobertura de la atención, puede presentar una apelación de Nivel 2.

## Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

**Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de nuevo para pedir otra revisión.**

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

**Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.**

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

**Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.**

***¿Qué sucede si la organización de revisión independiente acepta?***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

***¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?***

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

**Paso 4: Si la rechaza, usted tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.**

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

### Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales

de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los primeros dos niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

### Apelación de Nivel 3

Un **juez administrativo** o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o mediador.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.
- **Si el juez administrativo o mediador rechazan su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para 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 su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de**

**apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.

  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.

- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no***.

  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo debería continuar con ese proceso.

### Apelación de Nivel 5

Un juez del **Juzgado federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el juzgado federal de distrito

## Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los primeros

dos niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

**Apelación de Nivel 3**

**Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si se acepta, finaliza el proceso de apelación**. Debemos **autorizar o brindar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el juez administrativo o mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no***.
    - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para 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 su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado**. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no***.
    - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También se le indicará con

quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

**Apelación de Nivel 5**

Un juez del **Juzgado federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el juzgado federal de distrito.

# Cómo presentar quejas

## SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

### Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

| Queja | Ejemplo |
|---|---|
| **Calidad de su atención médica** | • ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)? |
| **Respeto de su privacidad** | • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial? |
| **Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos** | • ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto?<br>• ¿No está satisfecho con nuestro servicio al cliente?<br>• ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan? |

| Queja | Ejemplo |
|---|---|
| **Tiempos de espera** | • ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado tiempo para conseguirla?<br>• ¿Ha tenido que esperar demasiado tiempo a los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O por nuestro servicio al cliente u otro personal de nuestro plan?<br>  ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o para obtener una receta. |
| **Limpieza** | • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio médico? |
| **Información que obtiene de nosotros** | • ¿No le dimos un aviso requerido?<br>• ¿Es difícil de entender nuestra información escrita? |
| **Puntualidad** (Estos tipos de quejas se relacionan con lo *oportuno* de nuestras medidas relacionadas 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. Estos son algunos ejemplos:<br>• Nos solicitó una *decisión rápida* sobre la cobertura o una *apelación rápida*, y le dijimos que no; puede presentar una queja.<br>• Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja.<br>• Usted cree que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolso de ciertos productos, servicios o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja.<br>• Usted cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja. |

## Sección 10.2 Cómo presentar una queja

**Términos legales:**

Las **quejas** también se denominan **reclamos**.

**Presentar una queja** se denomina **presentar un reclamo**.

**Usar el proceso para quejas** se denomina **usar el proceso para presentar un reclamo**.

Una **queja rápida** también se denomina **reclamo acelerado**.

### Paso 1: comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Llamar a Servicio al cliente al 1-855-380-8542. (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) suele ser el primer paso.** Si debe hacer algo más, nuestro Equipo de asistencia para los asociados se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla**. Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
    - Los reclamos recibidos verbalmente se responderán por escrito, a menos que usted solicite una respuesta verbal.
    - Aunque podemos comunicarnos con usted de forma verbal para hablar sobre su reclamo y/o su resolución, los reclamos recibidos por escrito serán respondidos por escrito.
    - Los reclamos relacionados con la calidad de la atención, independientemente de cómo se presente el reclamo, se responderán por escrito, incluida una descripción de su derecho a presentar una queja por escrito ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO).
    - Todos los reclamos (verbales y escritos) serán respondidos dentro de los siguientes plazos:
        - Los reclamos estándar (cualquier queja que no sea un reclamo acelerado definido anteriormente) se responderán con la mayor rapidez que requiera su caso, en función de su estado de salud, pero en un plazo máximo de 30 días a partir de la recepción de su reclamo. Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) Se puede ampliar el plazo de 30 días hasta por 14 días si usted solicita la prórroga o si Blue Cross Group Medicare

Advantage Open Access (PPO) se determina que se necesita información adicional y la demora es lo más conveniente para usted. Si se produce algún retraso, Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO)se lo notificaremos por escrito.

- Los reclamos acelerados solo se pueden presentar si Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) deniegan su solicitud de una determinación de cobertura acelerada o una redeterminación acelerada. Los reclamos acelerados se responderán dentro de 24 horas.

- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea presentar la queja.

**Paso 2: analizaremos su queja y le daremos una respuesta.**

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

## Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad**. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la

atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

*O*

- **Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y ante nosotros al mismo tiempo**.

### Sección 10.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja.

Puede presentar una queja sobre Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. You. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

# CAPÍTULO 10: Cancelación de la membresía en nuestro plan

## SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) puede ser **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (por decisión ajena a su voluntad):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionando su atención médica y medicamentos recetados y seguirá pagando la parte que le corresponde de los costos hasta que finalice su membresía.

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

### Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el periodo de afiliación anual

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **período de afiliación anual** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **Consulte con su empleador o administrador del grupo para conocer el Período de afiliación abierta del grupo.**
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos,

- Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
- Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
  - Si elige esta opción y recibe Ayuda Adicional, Medicare puede afiliarlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en la afiliación automática.

**Nota:** si cancela su afiliación a una cobertura de medicamentos de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por afiliación tardía a la Parte D si se afilia más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

### Sección 2.2 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un período de afiliación especial

En determinadas situaciones, los asociados de Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Periodo de afiliación especial**.

**Puede ser elegible para cancelar su membresía durante el periodo de afiliación especial** si alguna de las siguientes situaciones aplica a usted. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar www.Medicare.gov.

- En general, cuando se muda
- Si tiene Medicaid a través del Salud y Servicios Humanos de Texas.
- Si es elegible para recibir Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare
- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- Si está afiliado al Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).
- **Nota:** Si está afiliado a un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiarse de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.

**Los períodos de afiliación varían** dependiendo de su situación.

**Para saber si es elegible para un periodo de afiliación especial,** llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos de Medicare. Puede elegir entre lo siguiente:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
- Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.

**Nota:** Si cancela su afiliación a una cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por afiliación tardía a la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

**Generalmente, su afiliación se cancelará** el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar de plan.

**Si usted recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos:** si se pasa a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos de Medicare, Medicare puede afiliarlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la afiliación automática.

### Sección 2.3 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su afiliación, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542(los usuarios de TTY pueden llamar al 711)**
- Encuentre la información en el manual ***Medicare y usted 2026***
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su afiliación en nuestro plan.

| Para cambiarse de nuestro plan a: | Esto es lo que debe hacer: |
|---|---|
| **Otro plan de salud de Medicare** | • Afíliese al nuevo plan de salud de Medicare.<br>• Se cancelará automáticamente su afiliación en Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) cuando comience la cobertura de su nuevo plan. |
| **Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos de Medicare.** | • Afíliese al nuevo plan de medicamentos de Medicare.<br>• Se cancelará automáticamente su afiliación en Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos. |
| **Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.** | • **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su afiliación.** Llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo.<br>• También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que se cancele su afiliación. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.<br>• Se cancelará su afiliación desde Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) el momento en que comience su cobertura en Medicare Original. |

## SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos, artículos y servicios médicos a través de nuestro plan

Hasta que se cancele su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando las farmacias de nuestra red o el servicio de pedido por correo para surtir sus medicamentos recetados.**
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su afiliación, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

## SECCIÓN 5 Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) debemos terminar nuestra membresía al plan en determinadas situaciones

**Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) debe finalizar su membresía en nuestro plan en los siguientes casos:**

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le proporciona cobertura para medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se afilia en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad en nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si continuamente exhibe una conducta conflictiva que nos dificulte proporcionarle atención médica a usted y a otros asociados de nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).

- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
    - Si cancelamos su afiliación por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su afiliación en nuestro plan y usted perderá la cobertura para medicamentos.

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

## Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

### ¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

## Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su afiliación en nuestro plan, tenemos la obligación de notificarle por escrito nuestros motivos para cancelar la afiliación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su afiliación.

# CAPÍTULO 11: Avisos legales

## SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

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 normas creadas de conformidad con esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

## SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

**No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos, al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a servicio al cliente al 1-855-380-8542. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, nuestro Servicio al cliente puede ayudarle.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador primario. Según las normas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) establecidas en los artículos 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), , Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO), como organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las normas de los CMS establecidas en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

# CAPÍTULO 12: Definiciones

**Centro quirúrgico ambulatorio:** un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el fin de proporcionar servicios quirúrgicos externos a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no excede las 24 horas.

**Apelación:** una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

**Facturación de saldo:** cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura a un paciente más que el monto de costo compartido permitido por nuestro plan. Como asociado de Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO), solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** o cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que nuestro plan indica que debe pagar.

**Período de beneficios:** la forma en que nuestro plan y Medicare Original miden el uso de los servicios en hospitales y centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria (o atención especializada en un centro de enfermería especializada) durante 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada después de que haya finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios.  No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.

**Producto biológico:** un medicamento recetado que se elabora 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 se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

**Biosimilar**: un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte "**Biosimilar intercambiable**").

**Medicamento de marca:** medicamento recetado fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca.

**Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**: la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) ha gastado $2,100 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, nuestro plan paga el costo total por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que tenga que pagar costos compartidos por medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS):** la agencia federal que administra Medicare.

**Plan de necesidades especiales para la atención de enfermedades crónicas (C-SNP):** Los SNP son SNP que restringen la afiliación a personas elegibles para MA que tienen enfermedades graves y crónicas específicas.

**Coseguro:** un monto que se le puede pedir que pague, expresado como porcentaje (por ejemplo, el 20%) como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados después de pagar cualquier deducible.

**Monto máximo combinado de gastos de bolsillo**: es el monto máximo que pagará en un año por todos los servicios tanto de proveedores de la red (preferidos) como de proveedores fuera de la red (no preferidos). Además del monto máximo de gastos de bolsillo para los servicios médicos cubiertos, también tenemos un monto máximo de gastos de bolsillo para ciertos tipos de servicios. Consulte la Sección 1, Subsección 1.3 del Capítulo 4 para obtener información sobre su monto máximo combinado de gastos de bolsillo.

**Queja**: el nombre formal para presentar una queja es **presentar un reclamo**. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de

espera y el servicio al cliente que reciba. También incluye las quejas en caso de que su plan no respete los períodos del proceso de apelación.

**Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)**: un centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluyendo fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, así como servicios de evaluación del entorno doméstico.

**Copago**: un monto que se le puede pedir que pague como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta al médico, una consulta para pacientes externos en un hospital o un medicamento recetado. Un copago es un monto fijo (por ejemplo, $10), en lugar de un porcentaje.

**Costo compartido:** El costo compartido se refiere a los montos que un asociado tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto se suma a la prima mensual de nuestro plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: 1) cualquier cantidad deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; 2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o 3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

**Nivel de costo compartido**: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se encuentra en uno de los 3 niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, mayor será costo del medicamento que le corresponderá pagar.

**Determinación de cobertura:** una decisión sobre si un medicamento recetado para usted está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que debe pagar por el medicamento recetado. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le dice que el medicamento recetado no está cubierto por su plan, esa no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribirle a nuestro plan para pedir una decisión formal de cobertura. En este documento, a las determinaciones de cobertura también se las denomina **decisiones de cobertura**.

**Medicamentos cubiertos**: el término que usamos para todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

**Servicios cubiertos**: el término que usamos en esta Evidencia de cobertura para todos los servicios y suministros de atención médica que cubre nuestro plan.

**Cobertura acreditable de medicamentos recetados:** La cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, proporcionada por un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos el equivalente a la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, por lo general pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa si en un futuro deciden afiliarse a un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

**Cuidado asistencial:** El cuidado asistencial es la atención personal brindada en un hogar de ancianos, un centro de hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial, que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional, incluye la ayuda con las actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y usar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como colocar gotas en los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

**Atención al cliente:** Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre la membresía, los beneficios, los reclamos y las apelaciones.

**Tarifa diaria de costo compartido:** puede aplicarse una tarifa diaria de costos compartidos cuando su médico le receta un suministro de menos de un mes completo de determinados medicamentos y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en nuestro plan dura 30 días, entonces la tarifa diaria de costo compartido es de $1 por día.

**Deducible**: el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos recetados antes de que nuestro plan pague.

**Cancelación de la afiliación** o **desafiliación:** El proceso de finalizar su afiliación en nuestro plan.

**Costo de suministro:** un costo que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como por ejemplo, el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y empaquetar el medicamento recetado.

**Planes para necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP):** los D-SNP afilian a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (Título

XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

**Persona doblemente elegible**: una persona que es elegible para cobertura de Medicare y Medicaid.

**Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)**: ciertos equipos médicos que su médico ordena por razones médicas. Entre los ejemplos se incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitados por un proveedor para su uso en el hogar.

**Emergencia**: una emergencia médica se produce cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección que se agrava rápidamente.

**Atención de emergencia**: servicios cubiertos que: 1) son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

**Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) e información de divulgación**: este documento, junto con el formulario de afiliación y los demás anexos, las cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como asociado de nuestro plan.

**Excepción:** tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido inferior (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el que solicita, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y usted desea que anulemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que solicita (una excepción al formulario).

**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, como las primas, los deducibles y el coseguro.

**Medicamento genérico**: un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food y Drug Administration, FDA) como medicamento que tiene el mismo principio activo que el medicamento de marca. Usualmente, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y, por lo general, cuesta menos.

**Reclamo:** un tipo de queja que se presenta respecto de nuestro plan, los proveedores o las farmacias, incluso una queja relacionada con la calidad de su atención. Dicho reclamo no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

**Asistente de cuidado de la salud en el hogar**: una persona que presta servicios que no requieren las habilidades de enfermería o de un terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

**Cuidados de hospicio**: beneficio que proporciona tratamiento especial para un asociado que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de los centros de hospicio que haya en su área geográfica. Si opta por los cuidados de hospicio y continúa pagando las primas, usted sigue siendo asociado de nuestro plan. De todas maneras, podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

**Hospitalización:** una hospitalización es cuando es ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.

**Cantidad de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA)**: si su ingreso bruto ajustado modificado, según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y una cantidad de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

**Etapa de cobertura inicial**: esta es la etapa antes de que sus gastos de bolsillo para el año hayan alcanzado el monto límite de gastos de bolsillo.

**Período de afiliación inicial:** cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si se vuelve elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su período de afiliación inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que

cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

**Monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red**: el monto máximo que pagará por los servicios cubiertos recibidos de proveedores de la red (preferidos). Después de haber alcanzado este límite, no tendrá que pagar nada cuando reciba servicios cubiertos de proveedores de la red durante el resto del año del contrato. Sin embargo, hasta que alcance su monto combinado de gastos de bolsillo, deberá seguir pagando su parte de los costos cuando reciba atención de un proveedor fuera de la red (no preferido). Además del monto máximo de gastos de bolsillo para los servicios médicos cubiertos, también tenemos un monto máximo de desembolso personal para ciertos tipos de servicios.

**Plan institucional para necesidades especiales (I-SNP)**: Los I-SNP restringen la afiliación a las personas elegibles para Medicare Advantage que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece una institución, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días seguidos en ciertas instalaciones a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP equivalentes a una institución (IE-SNP), SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales basados en centros (FI-SNP).

**Plan de necesidades especiales equivalente a una institución (IE-SNP)**: un IE-SNP restringe la afiliación a las personas elegibles para Medicare Advantage que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece una institución.

**Biosimilar intercambiable**: biosimilar que se puede utilizar como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

**Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos)**: una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan.

**Subsidio por bajos recursos (LIS):** consulte “Ayuda Adicional”.

**Programa de descuentos del fabricante:** programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos celebrados entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

**Precio justo máximo**: el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

**Medicaid (o Medical Assistance):** un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica para Medicare y Medicaid.

**Indicación médicamente aceptada:** uso de un medicamento que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food y Drug Administration, FDA) o respaldado por ciertas referencias, como el Servicio de Información de Medicamentos del Formulario de Hospitales Americanos y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex (American Hospital Formulary Service Drug Information y Micromedex DRUGDEX Information System).

**Médicamente necesario:** medicamentos, servicios o suministros que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

**Medicare**: el programa federal de seguro médico destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

**Periodo de afiliación abierta de Medicare Advantage**: el periodo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo para que los asociados de un plan Medicare Advantage puedan cancelar su afiliación en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiar a Medicare Original en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El Período de afiliación abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

**Plan Medicare Advantage (MA)**: a veces llamado Parte C de Medicare. Plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser i) HMO, ii) PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de cuenta de ahorros para atención médica (MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, 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 llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos recetados**.

**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 están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término "servicios cubiertos por Medicare" no incluye los beneficios adicionales, como servicios para la visión, dentales o la audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

**Plan de salud de Medicare:** Un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los planes de necesidades especiales, los programas piloto/de demostración y los programas de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).

**Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare):** Seguro para ayudar a pagar medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos y algunos suministros para pacientes externos no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

**Programa de Gestión de Farmacoterapia (MTM)**: un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas, que se brinda a personas que cumplen con determinados requisitos o que están en un programa de manejo de medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

**Póliza de Medigap (seguro complementario de Medicare)**: seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir las *brechas* en Medicare Original. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

**Asociado (asociado de nuestro plan o asociado del plan):** persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha afiliado en nuestro plan y cuya afiliación ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

**Farmacia de la red**: farmacia que tiene contrato con nuestro plan donde los asociados de nuestro plan pueden obtener sus beneficios para medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos solo si los obtiene en una de las farmacias de nuestra red.

**Proveedor de la red: proveedor** es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. **Los proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los asociados de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

**Determinación de la organización:** decisión que toma nuestro plan sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. En este documento, las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura.

**Producto biológico original:** producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y sirve como comparación para los fabricantes que producen una versión biosimilar. También se denomina “producto de referencia”.

**Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio)**: Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no por un plan de salud privado, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En virtud de Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarle a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede hacer una consulta con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde del monto aprobado por Medicare, y usted paga su parte. Medicare Original tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

**Farmacia fuera de la red:** es una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los asociados de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

**Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red**: proveedor o centro que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los asociados de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, no son propiedad de nuestro plan ni están administrados por nuestro plan.

**Gastos de bolsillo:** consulte la definición de "Costo compartido" anterior. El requisito de costo compartido de un asociado de pagar una parte de los servicios o

medicamentos recibidos también se denomina “requisito de costo de bolsillo del asociado.

**Límite de gastos de bolsillo:** el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

**Plan PACE**: un plan del Programa de Atención Integral para Personas de Edad Avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) que combina servicios y apoyos médicos, sociales y de atención a largo plazo (long-term services and supports, LTSS) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) tanto tiempo como sea posible. Las personas afiliadas a los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

**Parte C:** consulte Plan Medicare Advantage (MA).

**Parte D:** el Programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

**Medicamentos de la Parte D**: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas como medicamentos cubiertos de la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

**Multa por afiliación tardía de la Parte D**: un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare) durante un periodo continuo de 63 días o más después de ser elegible para afiliarse en un plan de la Parte D por primera vez.

**Plan de organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO):** un plan de una organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los asociados del plan por un monto de pago específico. Un plan de organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del asociado será generalmente superior cuando recibe los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) tienen un límite anual en sus gastos de bolsillo por servicios obtenidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite

más alto en sus gastos de bolsillo totales combinados por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

**Prima:** el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de salud a cambio de la cobertura de salud o de medicamentos recetados.

**Servicios preventivos:** atención médica para prevenir o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor; por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección.

**Autorización previa**: aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos. En la parte de la red de un plan de organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen autorización previa de nuestro plan. En un plan de organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), no necesita autorización previa para obtener servicios fuera de la red. Sin embargo, le recomendamos que consulte con el plan antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red para confirmar que el servicio esté cubierto por su plan y cuál es su responsabilidad de costo compartido. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios se publican en nuestro sitio web.

**Prótesis y ortopedia**: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros de ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

**Organización para la mejora de la calidad (QIO):** un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga para evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

**Límites de cantidad**: herramienta de administración diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden ser en el monto del medicamento que cubrimos por receta o por un período definido.

**“Herramienta de beneficios en tiempo real”:** portal o aplicación informática donde los asociados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye montos de costo compartido, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma afección médica que un medicamento

determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

**Referido:** es una orden escrita emitida por su médico de atención primaria para que visite a un especialista u obtenga determinados servicios médicos. Sin un referido, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

**Servicios de rehabilitación**. estos servicios incluyen atención de rehabilitación para paciente interno, fisioterapia (paciente externo), terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

**Medicamento seleccionado**: un medicamento cubierto bajo la Parte D para el cual Medicare negoció un Precio justo máximo.

**Área de servicio**: un área geográfica donde debe vivir para afiliarse a un plan de salud en particular. Para los planes que restringen qué médicos y hospitales puede usar, en general, también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan debe cancelar su afiliación si se muda de forma permanente fuera del área de servicio del plan.

**Atención en centro de enfermería especializada (SNF):** atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo un enfermero o médico matriculado pueden administrar.

**Período de afiliación especial:** período establecido en el que los asociados pueden cambiar de plan de salud o de medicamentos o regresar a Medicare Original. Las situaciones en las que puede ser elegible para un período de afiliación especial incluyen las siguientes: si se muda fuera del área de servicio, si recibe "Ayuda Adicional" con los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a un hogar de ancianos o si incumplimos nuestro contrato con usted.

**Plan de necesidades especiales:** tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellas que tienen Medicare y Medicaid, viven en un hogar de ancianos o tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

**Costo compartido estándar**: el costo compartido estándar es el costo compartido que no es el costo compartido preferido ofrecido en una farmacia de la red. (Su cobertura se proporciona a través de un contrato con su empleador o sindicato actual o anterior. Dependiendo del diseño del plan de su empleador, usted PUEDE tener una red de farmacias que consta de farmacias de la red y farmacias de la red

preferidas. Comuníquese con el administrador de beneficios de su empleador o sindicato para obtener más información sobre los beneficios de su plan).

**Terapia escalonada**: herramienta de utilización que le exige que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó inicialmente.

**Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI):** un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, son ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de la SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

**Servicios de urgencia:** un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia se considera servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o no es razonable, teniendo en cuenta la hora, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los controles anuales), no se consideran necesarias de urgencia incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o la red del plan no está disponible temporalmente.

## Programas estatales de asistencia sobre seguros médicos (SHIP)

| Estado | Agencia del SHIP | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| Alabama | State Health Insurance Assistance Program | 201 Monroe Street, Suite 350 | Montgomery, AL 36104 | 1-800-243-5463<br>TTY: 711 | http://www.alabamaageline.gov |
| Alaska | Alaska State Health Insurance Assistance Program | 550 W. 8th Avenue | Anchorage, AK 99501 | 1-800-478-6065<br>TTY:<br>1-800-770-8973 | https://health.alaska.gov/dsds/Pages/medicare/ship.aspx |
| Arizona | Arizona State Health Insurance Assistance Program | 1789 W Jefferson Street, Site Code 950A | Phoenix, AZ 85007 | 1-800-432-4040<br>TTY: 711 | https://des.az.gov |
| Arkansas | Senior Health Insurance Information Program | 1 Commerce Way | Little Rock, AR 72202 | 1-800-224-6330<br>TTY: 711 | https://insurance.arkansas.gov/pages/consumer-services/senior-health/ |
| California | Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP) | 1300 National Drive, Suite 200 | Sacramento, CA 95834 | 1-800-434-0222<br>TTY: 711 | https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ |

| Estado | Agencia del SHIP | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| Colorado | State Health Insurance Assistance Program | 1560 Broadway, Suite 850 | Denver, CO 80202 | 1-888-696-7213<br>TTY: 711 | https://www.colorado.gov/dora/seniorhealthcare-medicare |
| Connecticut | CHOICES | 55 Farmington Avenue, 12th Floor | Hartford, CT 06105 | 1-800-537-2549<br>TTY:<br>1-800-842-4524 | https://portal.ct.gov/AgingAndDisability |
| Delaware | Delaware Medicare Assistance Bureau | 841 Silver Lake Boulevard | Dover, DE 19904 | 1-800-336-9500<br>TTY: 711 | https://insurance.delaware.gov/divisions/dmab/ |
| District of Columbia | Health Insurance Counseling Project (HICP) | Dept. of Aging y Community Living 500 K Street NE | Washington, DC 20002 | 1-202-724-5626<br>TTY: 711 | https://dcoa.dc.gov/service/dc-state-healthinsurance-assistanceprogram-ship |
| Florida | Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) | 4040 Esplanade Way, Suite 270 | Tallahassee, FL 32399 | 1-800-963-5337<br>TTY:<br>1-800-955-8771 | http://www.floridashine.org/ |
| Georgia | Georgia SHIP | 2 Peachtree Street, NW, Suite 33-101 | Atlanta, GA 30303 | 1-866-552-4464<br>TTY: 711 | https://aging.georgia.gov/georgia-ship |

| Estado | Agencia del SHIP | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| Hawaii | Hawaii State Health Insurance Assistance Program | 250 S Hotel Street, Suite 406 | Honolulu, HI 96813 | 1-888-875-9229<br>TTY:<br>1-866-810-4379 | https://hawaiiship.org/ |
| Idaho | Senior Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA) | 700 West State Street, P.O. Box 83720 | Boise, ID 83720 | 1-800-247-4422<br>TTY: 711 | https://doi.idaho.gov/shiba/ |
| Illinois | Senior Health Insurance Program | 320 W Washington Street, 5th Floor | Springfield, IL 62767 | 1-800-252-8966<br>TTY:<br>1-888-206-1327 | https://www2.illinois.gov/aging/ship/Pages/default.aspx |
| Indiana | State Health Insurance Assistance Program | 311 W. Washington Street, Suite 300 | Indianapolis, IN 46204-2787 | 1-800-452-4800<br>TTY:<br>1-866-846-0139 | https://www.in.gov/ship/index.htm |
| Iowa | Senior Health Insurance Information Program | 601 Locust Street, 4th Floor | Des Moines, IA 50309 | 1-800-351-4664<br>TTY:<br>1-800-735-2942 | https://shiip.iowa.gov/ |
| Kansas | Senior Health Insurance Counseling for Kansas (SHICK) | New England Building, 503 S. Kansas Avenue | Topeka KS 66603-3404 | 1-800-860-5260<br>TTY: 711 | https://www.kdads.ks.gov |

| Estado | Agencia del SHIP | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| Kentucky | State Health Insurance Assistance Program | 275 E. Main Street, 3E-E | Frankfort, KY 40621 | 1-877-293-7447<br>TTY:<br>1-888-642-1137 | https://chfs.ky.gov/agencies/dail/Pages/ship.aspx |
| Louisiana | State Health Insurance Assistance Program | P.O. Box 94214 | Baton Rouge, LA 70804 | 1-800-259-5300<br>TTY: 711 | https://ldi.la.gov/consumers/senior-health-shiip |
| Maine | Maine State Health Insurance Assistance Program | 41 Anthony Avenue | Augusta, ME 04333 | 1-800-262-2232<br>TTY:<br>1-800-606-0215 | https://www.maine.gov/dhhs/oads/get-support/older-adults-disabilities/older-adult-services/ship-medicare-assistance |
| Maryland | State Health Insurance Assistance Program | 301 W Preston Street, Suite 1007 | Baltimore, MD 21201 | 1-800-243-3425<br>TTY:<br>1-800-637-4113 | https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx |
| Massachusetts | Serving the Health Insurance Needs of Everyone (SHINE) | 1 Ashburton Place, 5th Floor | Boston, MA 02108 | 1-800-243-4636<br>TTY:<br>1-800-610-0241 | https://www.mass.gov/info-details/serving-the-health-insurance- |

| Estado | Agencia del SHIP | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | needs-of-everyone-shine-program |
| Michigan | Medicare/Medicaid Assistance Program (MMAP) | 6105 W St. Joseph Highway, Suite 204 | Lansing, MI 48917 | 1-800-803-7174<br>TTY: 711 | http://mmapinc.org/ |
| Minnesota | Senior LinkAge Line | 540 Cedar Street, P.O. Box 64976 | Saint Paul, MN 55164 | 1-800-333-2433<br>TTY: 711 | https://mn.gov/senior-linkage-line/ |
| Mississippi | State Health Insurance Assistance Program | 200 South Lamar Street | Jackson, MS 39201 | 1-800-948-3090<br>TTY: 711 | https://www.shiphelp.org/about-medicare/regional-ship-location/mississippi |
| Missouri | CLAIM | 200 North Keene Street, Suite 101 | Columbia, MO 65201 | 1-800-390-3330<br>TTY: 711 | https://www.missouriclaim.org/ |
| Montana | State Health Insurance Assistance Program | 2030 11th Avenue, P.O. Box 4210 | Helena, MT 59604 | 1-800-551-3191<br>TTY: 711 | https://dphhs.mt.gov/SLTC/aging/SHIP |
| Nebraska | Senior Health Insurance Information Program | 1526 K Street, Suite 201 | Lincoln, NE 68508 | 1-800-234-7119<br>TTY:<br>1-800-833-7352 | https://doi.nebraska.gov/ship-smp |

| Estado | Agencia del SHIP | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| Nevada | State Health Insurance Assistance Program | 3416 Goni Road, Suite D-132 | Carson City, NV 89706 | 1-800-307-4444<br>TTY: 711 | https://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/Medicare_Assistance_Program_(MAP)/MAP_Prog/ |
| New Hampshire | ServiceLink Resource Center | Gallen State Office Park, 129 Pleasant Street | Concord, NH 03301 | 1-866-634-9412<br>TTY:<br>1-800-735-2964 | https://www.servicelink.nh.gov/medicare/index.htm |
| New Jersey | State Health Insurance Assistance Program | P.O. Box 807 | Trenton, NJ 08625 | 1-800-792-8820<br>TTY: 711 | https://www.nj.gov/humanservices/doas/services/q-z/ship/index.shtml |
| New Mexico | New Mexico ADRC | 2550 Cerrillos Road | Santa Fe, NM 87505 | 1-800-432-2080<br>TTY:<br>1-505-476-3628 | http://www.nmaging.state.nm.us/ |
| New York | Health Insurance Information Counseling y Assistance Program (HIICAP) | 2 Empire State Plaza, Agency Bldg. #2, 4th Floor | Albany, NY 12223 | 1-800-701-0501<br>TTY: 711 | https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap |

| Estado | Agencia del SHIP | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| North Carolina | Seniors' Health Insurance Information Program | 325 N. Salisbury Street | Raleigh, NC 27603 | 1-855-408-1212<br>TTY:<br>1-800-735-2962 | https://www.ncdoi.gov/consumers/medicare-and-seniors-health-insurance-information-program-shiip |
| North Dakota | State Health Insurance Counseling (SHIC) | 600 East Blvd, State Capitol, Dept 401 | Bismarck, ND 58505 | 1-888-575-6611<br>TTY:<br>1-800-366-6888 | https://www.insurance.nd.gov/shic-medicare |
| Ohio | Ohio Senior Health Insurance Information Program (OSHIIP) | 50 West Town Street, 3rd Floor, Suite 300 | Columbus, OH 43215 | 1-800-686-1578<br>TTY:<br>1-614-644-3745 | https://insurance.ohio.gov/about-us/divisions/oshiip |
| Oklahoma | Oklahoma Senior Health Insurance Counseling Program | 400 NE 50th Street | Oklahoma City, OK 73105 | 1-800-763-2828<br>TTY: 711 | https://www.oid.ok.gov/consumers/information-for-seniors/senior-health-insurance-counseling-program-ship/ |
| Oregon | Senior Health Insurance Benefits | P.O Box 14480 | Salem, o 97309 | 1-800-722-4134<br>TTY: 711 | https://healthcare.oregon.gov/shiba/ |

| Estado | Agencia del SHIP | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| | Assistance (SHIBA) | | | | pages/index.aspx |
| Pennsylvania | PA MEDI | 555 Walnut Street, 5th Floor | Harrisburg, PA 17101 | 1-800-783-7067<br>TTY: 711 | https://www.aging.pa.gov/aging-services/medicare-counseling/Pages/default.aspx |
| Rhode Island | Senior Health Insurance Program | Office of Healthy Aging 25 Howard Ave, Building 57 | Cranston, RI 02920 | 1-401-462-3000<br>TTY:<br>1-401-462-0740 | https://oha.ri.gov/Medicare |
| South Carolina | Insurance Counseling Assistance y Referrals for Elders (I-CARE) | 1301 Gervais Street., Suite 350 | Columbia, SC 29202 | 1-800-868-9095<br>TTY: 711 | https://aging.sc.gov/ |
| South Dakota | Senior Health Information & Insurance Education (SHIINE) | Center for Active Generations, 700 Governors Drive | Pierre, SD 57501 | 1-877-331-4834<br>TTY: 711 | http://shiine.net/ |

| Estado | Agencia del SHIP | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| Tennessee | State Health Insurance Assistance Program | 502 Deaderick Street, 9th Floor | Nashville, TN 37243-0860 | 1-877-801-0044<br>TTY: 711 | https://www.tn.gov/disability-and-aging/disability-aging-programs/tn-ship.html |
| Texas | Health Information Counseling y Advocacy Program (HICAP) | 701 West 51st Street, MC: W352 | Austin, TX 78751 | 1-800-252-9240<br>TTY:<br>1-800-735-2989 | https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare |
| Utah | Senior Health Insurance Information Program | 195 North 1950 West | Salt Lake City, UT 84116 | 1-800-541-7735<br>TTY: 711 | https://daas.utah.gov/seniors/ |
| Vermont | The Vermont State Health Insurance Assistance Program | HC 2 South 280 State Drive | Waterbury, VT 05671-2070 | 1-800-642-5119<br>TTY: 711 | https://asd.vermont.gov/services/ship |
| Virginia | Virginia Insurance Counseling y Assistance Program (VICAP) | 1610 Forest Avenue, Suite 100 | Richmond, VA 23229 | 1-800-552-3402<br>TTY: 711 | https://www.vda.virginia.gov/vicap.htm |

| Estado | Agencia del SHIP | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| Washington | Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA) | 5000 Capital Boulevard SE | Tumwater, WA 98501 | 1-800-562-6900<br>TTY:<br>1-360-586-0241 | https://www.insurance.wa.gov/statewide-health-insurance-benefits-advisors-shiba |
| West Virginia | West Virginia State Health Insurance Assistance Program | 1900 Kanawha Boulevard, E, 3rd Floor | Charleston, WV 25305 | 1-877-987-4463<br>TTY: 711 | http://www.wvship.org/ |
| Wisconsin | State Health Insurance Assistance Program | 1 West Wilson Street | Madison, WI 53703 | 1-800-242-1060<br>TTY:<br>1-888-758-6049 | https://www.dhs.wisconsin.gov/benefit-specialists/medicare-counseling.htm |
| Wyoming | Wyoming State Health Insurance Information Program | 106 West Adams Avenue | Riverton, WY 82001 | 1-800-856-4398<br>TTY: 711 | https://www.wyomingseniors.com/services/wyoming-state-health-insurance-information-program |

## Organizaciones para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

| Estados | Agencia de la QIO | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| Alabama<br>Florida<br>Georgia<br>Kentucky<br>Mississippi<br>North Carolina<br>South Carolina<br>Tennessee | Acentra Health | 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 | Tampa, FL 33609 | 1-888-317-0751<br>TTY:<br>711 | https://www.acentraqio.com/ |
| Alaska<br>Idaho<br>Oregon<br>Washington | Acentra Health | 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 | Tampa, FL 33609 | 1-888-305-6759<br>TTY:<br>711 | https://www.acentraqio.com/ |
| Arizona<br>California<br>Hawaii<br>Nevada | Livanta BFCC-QIO Program | 10820 Guilford Road, Suite 202 | Annapolis Junction, MD 20701 | 1-877-588-1123<br>TTY:<br>1-855-887-6668 | https://livantaqio.com/en |
| Arkansas<br>Louisiana<br>New Mexico<br>Oklahoma<br>Texas | Acentra Health | 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 | Tampa, FL 33609 | 1-888-315-0636<br>TTY:<br>711 | https://www.acentraqio.com/ |
| Colorado<br>Montana<br>North Dakota | Acentra Health | 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 | Tampa, FL 33609 | 1-888-317-0891<br>TTY:<br>711 | https://www.acentraqio.com/ |

| Estados | Agencia de la QIO | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| South Dakota<br>Utah<br>Wyoming | | | | | |
| Connecticut<br>Maine<br>Massachusetts<br>New Hampshire<br>Rhode Island<br>Vermont | Acentra Health | 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 | Tampa, FL 33609 | 1-888-319-8452<br>TTY:<br>711 | https://www.acentraqio.com/ |
| Delaware<br>District of Columbia<br>Maryland<br>Pennsylvania<br>Virginia<br>West Virginia | Livanta BFCC-QIO Program | 10820 Guilford Road, Suite 202 | Annapolis Junction, MD 20701 | 1-888-396-4646<br>TTY:1-888-985-266 | https://livantaqio.com/en |
| Illinois<br>Indiana<br>Michigan<br>Minnesota<br>Ohio<br>Wisconsin | Livanta BFCC-QIO Program | 10820 Guilford Road, Suite 202 | Annapolis Junction, MD 20701 | 1-888-524-9900<br>TTY:<br>1-888-985-8775 | https://livantaqio.com/en |
| Iowa<br>Kansas<br>Missouri<br>Nebraska | Livanta BFCC-QIO Program | 10820 Guilford Road, Suite 202 | Annapolis Junction, MD 20701 | 1-888-755-5580<br>TTY:<br>1-888-985-9295 | https://livantaqio.com/en |

| Estados | Agencia de la QIO | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| New Jersey<br>New York<br>Puerto Rico<br>Islas Vírgenes | Livanta BFCC-QIO Program | 10820 Guilford Road, Suite 202 | Annapolis Junction, MD 20701 | 1-866-815-5440<br>TTY:<br>1-866-868-2289 | https://livantaqio.com/en |

**Agencias estatales de Medicaid**

| Estados | Agencia de Medicaid | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| Alabama | Alabama Medicaid Agency | 501 Dexter Avenue,<br>P.O. Box 5624 | Montgomery, AL 36104 | 1-800-362-1504<br>TTY: 711<br>8 a. m. - 5 p. m., hora estándar del centro (CST) | https://medicaid.alabama.gov/ |
| Alaska | Alaska Department of Health y Social Services | 3601 C Street, Suite 902 | Anchorage, AK 99503-5923 | 1-800-770-5650<br>TTY:<br>1-907-586-4265<br>8 a. m. - 5 p. m., hora estándar de Alaska (AKST) | http://dhss.alaska.gov/Pages/default.aspx |
| Arizona | Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) | 801 E. Jefferson Street, MD 4100 | Phoenix, AZ 85034 | 1-800-654-8713<br>TTY:<br>1-800-842-6520<br>8 a. m. - 5 p. m., hora estándar de | https://www.azahcccs.gov/ |

| Estados | Agencia de Medicaid | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | las montañas (MST) | |
| Arkansas | Arkansas Department of Human Services | Donaghey Plaza, P.O. Box 1437 - slot S401 | Little Rock, AR 72203 | 1-800-482-5431<br>TTY:<br>1-800-285-1131<br>8 am - 4:30 pm CST | https://humanservices.arkansas.gov/divisions-shared-services/medical-services/helpful-information-for-clients/ |
| California | Medi-Cal | P.O. Box 997413, MS 4400 | Sacramento CA 95899-7413 | 1-800-541-5555<br>TTY:<br>1-800-896-2512<br>8 a. m. - 5 p. m., hora estándar del Pacífico (PST) | https://www.dhcs.ca.gov/individuals |
| Colorado | Health First Colorado (Department of Health Care Policy y Financing) | 1570 Grant Street | Denver, CO 80203 | 1-800-221-3943<br>TTY: 711<br>7:30 a. m. - 5:15 p. m., hora estándar de las montañas (MST) | https://www.healthfirstcolorado.com/ |

| Estados | Agencia de Medicaid | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| Connecticut | Connecticut Department of Social Services | 55 Farmington Avenue | Hartford, CT 06105-3730 | 1-800-842-1508<br>TTY:<br>1-800-842-4524<br>7:30 a. m. - 4 p. m., hora estándar del este (EST) | https://portal.ct.gov/dss |
| Delaware | Delaware Health and Social Services | 1901 N. Du Pont Highway, Main Bldg. | New Castle, DE 19720 | 1-800-372-2022<br>TTY: 711<br>9 a. m. - 8 p. m., hora estándar del este (EST) | https://www.dhss.delaware.gov/dhss/dss/medicaid.html |
| District of Columbia | DC Department of Health Care Finance (DHCF) | 441 4th St NW - 900S | Washington, DC 20001 | 1-202-442-5988<br>TTY: 711<br>8:15 a. m. - 4:45 p. m., hora estándar del este (EST) | https://dhcf.dc.gov/ |
| Florida | Florida Agency for Health Care Administration | 2727 Mahan Drive Mail Stop #8 | Tallahassee, FL 32308 | 1-888-419-3456<br>TTY:<br>1-800-955-8771<br>8 a. m. - 5 p. m., hora estándar del este (EST) | https://ahca.myflorida.com/Medicaid/index.shtml |

| Estados | Agencia de Medicaid | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| Georgia | Georgia Medicaid (Georgia Department of Community Health) | 2 Peachtree Street NW | Atlanta, GA 30303 | 1-877-423-4746<br>TTY: 711<br>8 a. m. - 5 p. m., hora estándar del este (EST) | https://medicaid.georgia.gov/ |
| Hawaii | Department of Human Services, Med-QUEST Division | 1404 Kilauea Avenue | Hilo, HI 96720 | 1-800-316-8005<br>TTY:<br>1-800-603-1201<br>9 a. m. a 4:30 p. m., hora estándar de Hawái | https://medquest.hawaii.gov/ |
| Idaho | Idaho Department of Health y Welfare | 150 Shoup Ave #19 | Idaho Falls, ID 83402 | 1-877-456-1233<br>TTY: 711<br>8 a. m. - 5 p. m., hora estándar de las montañas (MST) | https://healthandwelfare.idaho.gov/Medical/Medicaid/tabid/123/Default.aspx |
| Illinois | Illinois Department of Healthcare y Family Services | 201 South Grand Avenue East | Springfield, IL 62763-0001 | 1-800-843-6154<br>TTY:<br>1-866-324-5553<br>8 a. m. - 5 p. m., hora estándar del centro (CST) | https://www.illinois.gov/hfs/Pages/default.aspx |

| Estados | Agencia de Medicaid | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| Indiana | Office of Medicaid Policy y Planning (OMPP), Family y Social Services Administration (FSSA) | 402 W. Washington Street P.O. Box 7083 | Indianapolis, IN 46207-7083 | 1-800-457-8283<br>TTY: 711<br>8 a. m. - 4:30 p. m., hora estándar del este (EST) | https://www.in.gov/fssa/2408.htm |
| Iowa | Iowa Medicaid Enterprise | P.O. Box 36510 | Des Moines, IA 50315 | 1-800-338-8366<br>TTY:<br>1-800-735-2942<br>8 a. m. - 5 p. m., hora estándar del centro (CST) | https://dhs.iowa.gov/ime/members |
| Kansas | KanCare [Kansas Department of Health y Environment (KDHE), Division of Health Care Finance (DHCF)] | 1000 SW Jackson, Suite 900 N | Topeka, KS 66612 | 1-888-369-4777<br>TTY:<br>1-800-766-3777<br>8 a. m. - 5 p. m., hora estándar del centro (CST) | https://www.kancare.ks.gov/ |
| Kentucky | Kentucky Medicaid [Cabinet for Health y Family Services, Department for Medicaid Services (DMS)] | 275 East Main Street 1E-B | Frankfort, KY 40621 | 1-800-372-2973<br>TTY:<br>1-800-627-4702<br>8 a. m. - 4:30 p. m., hora estándar del este (EST) | https://chfs.ky.gov/agencies/dms/Pages/default.aspx |

| Estados | Agencia de Medicaid | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| Louisiana | Department of Health & Hospitals | P.O. Box 91278 | Baton Rouge, LA 70821 | 1-888-342-6207<br>TTY: 711<br>8 am - 4:30 pm CST | http://ldh.la.gov/index.cfm/subhome/1/n/10 |
| Maine | MaineCare (Department of Health y Human Services) | Office of MaineCare Services, 11 State House Station | Augusta, ME 04333 | 1-800-977-6740<br>TTY: 711<br>8 a. m. - 5 p. m., hora estándar del este (EST) | https://www.maine.gov/dhhs/ofi/programs-services/health-care-assistance |
| Maryland | Department of Health y Mental Hygiene, Health Care Financing | 201 West Preston Street | Baltimore, MD 21201 | 1-877- 463-3464<br>TTY:<br>1-800-735-2258<br>8:30 a. m. - 5 p. m., hora estándar del este (EST) | https://mmcp.health.maryland.gov/Pages/home.aspx |
| Massachusetts | MassHealth, Health y Human Services | One Ashburton Place 11th Floor | Boston, MA 02108 | 1-800-841-2900<br>TTY:<br>1-800-497-4648<br>8 a. m. - 5 p. m., hora estándar del este (EST) | https://www.mass.gov/topics/masshealth |
| Michigan | Michigan Department of Community Health (MDCH) | 333 S. Grand Ave, P.O. Box 30195 | Lansing, MI 48909 | 1-517-241-3740<br>TTY: 711<br>8 a. m. - 5 p. m., hora estándar del este (EST) | www.michigan.gov/medicaid |

| Estados | Agencia de Medicaid | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| Minnesota | Minnesota Department of Human Services | P.O. Box 64249 | St. Paul, MN 55164 | 1-800-657-3739<br>TTY:<br>1-800-627-3529<br>8 a. m. - 5 p. m., hora estándar del centro (CST) | https://mn.gov/dhs/people-we-serve/adults/health-care/health-care-programs/programs-and-services/medical-assistance.jsp<br>https://mn.gov/dhs/ |
| Mississippi | Mississippi Division of Medicaid | 550 High Street, Suite 1000 | Jackson, MS 39201 | 1-800-421-2408<br>TTY: 711<br>8 a. m. - 5 p. m., hora estándar del centro (CST) | https://medicaid.ms.gov/ |
| Missouri | MO HealthNet (Medicaid) (Missouri Department of Social Services) | 615 Howerton Court, P.O. Box 6500 | Jefferson City, MO 65102-6500 | 1-800-348-6627<br>TTY:<br>1-800-735-2966<br>7 a. m. - 6 p. m., hora estándar del centro (CST) | https://mydss.mo.gov/healthcare<br>https://dss.mo.gov/mhd/index.htm |
| Montana | Montana Department of Public Health y Human Services (DPHHS) | 111 North Sanders, Helena | Helena, MT 59601 | 1-800-362-8312<br>TTY: 711<br>8 a. m. - 5 p. m., hora estándar de | https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/MemberServices<br>https://dphhs.mt.gov/ |

| Estados | Agencia de Medicaid | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | las montañas (MST) | |
| Nebraska | ACCESSNebraska (Department of Health y Human Services, Division of Medicaid y Long-Term Care) | 301 Centennial Mall South, P.O. Box 95026 | Lincoln, NE 68509 | 1-855-632-7633<br>TTY: 711<br>8 a. m. - 5 p. m., hora estándar del centro (CST) | http://dhhs.ne.gov/pages/accessnebraska.aspx |
| Nevada | Nevada Dept. of Health & Human Services, Division of Health Care Financing y Policy (DHCFP) | 3416 Goni Rd – Ste D-132 | Carson City, NV 89706 | 1-800-992-0900<br>TTY: 711<br>8 a. m. - 5 p. m., hora estándar del Pacífico (PST) | http://dhcfp.nv.gov/ |
| New Hampshire | NH Medicaid [New Hampshire Department of Health y Human Services (DHHS)] | 129 Pleasant Street | Concord, NH 03301-3857 | 1-800-852-3345 ext. 4344, TTY: 1-800-735-2964<br>Lunes a viernes, de 8 a. m. - 4:30 p. m., hora estándar del este (EST) | https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid |

| Estados | Agencia de Medicaid | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| New Jersey | Dept. of Human Services, Division of Medical Assistance & Health Services | Quakerbridge Plaza, P.O. Box 712 | Trenton, NJ 08625-0712 | 1-800-356-1561<br>TTY: 1-877-294-4356<br>8 a. m. - 5 p. m., hora estándar del este (EST) | https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/home/ |
| New Mexico | New Mexico Human Services Department's Medical Assistance Division (MAD) | P.O. Box 2348 | Santa Fe, NM 87504 | 1-888-997-2583<br>TTY: 1-855-227-5485<br>8 a. m. - 5 p. m., hora estándar de las montañas (MST) | https://www.hsd.state.nm.us/new-mexico-medicaid-state-plan/ |
| New York | New York State Department of Health | Corning Tower, Empire State Plaza | Albany, NY 12237 | 1-800-541-2831<br>TTY: 711<br>8 a. m. - 5 p. m., hora estándar del este (EST) | https://www.health.ny.gov/ |
| North Carolina | NC Department of Health y Human Services, Division of Medical Assistance | 1985 Umstead Dr. | Raleigh, NC 27603-2001 | 1-800-662-7030<br>TTY: 711<br>8 a. m. - 5 p. m., hora estándar del este (EST) | https://medicaid.ncdhhs.gov/beneficiaries |

| Estados | Agencia de Medicaid | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| North Dakota | North Dakota Department of Human Services, Medical Services | 600 E Boulevard Ave, Dept 325 | Bismarck, ND 58505-0250 | 1-800-472-2622<br>TTY: 711 o<br>Relé<br>800-366-6888<br>8 a. m. - 5 p. m., hora estándar del centro (CST) | http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ |
| Ohio | Ohio Department Medicaid | 50 West Town Street, Suite 400 | Columbus, OH 43215 | 1-800-324-8680<br>TTY: 711<br>Lunes a viernes, de 7 a. m. - 8 p. m.; Sábados, de 8 a. m. - 5 p. m. | https://medicaid.ohio.gov/ |
| Oklahoma | Oklahoma Department of Human Services, SoonerCare | 4345 N. Lincoln Blvd. | Oklahoma City, OK 73105 | 1-800-987-7767<br>TTY: 711<br>8 a. m. - 5 p. m., hora estándar del centro (CST) | https://www.okhca.org/ |
| Oregon | Oregon Health Plan (OHP), Div. of Medical Assistance Programs (DMAP) | 500 Summer Street NE, E-20 | Salem, o 97301-1079 | 1-800-273-0557<br>TTY: 711<br>8 a. m. - 5 p. m., hora estándar del Pacífico (PST) | https://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/Pages/index.aspx |
| Pennsylvania | Medical Assistance | Health and Welfare Building 8th Floor West 625 Forster St. | Harrisburg, PA 17120 | 1-877-395-8930<br>TTY:<br>1-800-451-5886 | https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/ |

| Estados | Agencia de Medicaid | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| | (Department of Health) | | | 8 a. m. - 5 p. m., hora estándar del este (EST) | Medical-Assistance.aspx |
| Rhode Island | Rhode Island Department of Human Services | 57 Howard Avenue | Cranstom, RI 02920 | 1-855-840-4774<br>TTY: 711<br>Lunes a viernes, de 8:30 a. m. - 3:30<br>p. m. | http://www.dhs.ri.gov/ |
| South Carolina | South Carolina Department of Health y Human Services | SCDHHS P.O. Box 100101 | Columbia, SC 29202 | 1-888-549-0820<br>TTY:<br>1-888-842-3620<br>8 a. m. - 5 p. m., hora estándar del este (EST) | https://www.scdhhs.gov/ |
| South Dakota | South Dakota Medicaid (South Dakota Department of Social Services, The Division of Medical Services) | 700 Governors Drive | Pierre, SD 57501 | 1-800-597-1603<br>8 a. m. a 5 p. m. | https://dss.sd.gov/medicaid/ |
| Tennessee | TennCare | 310 Great Circle Rd | Nashville, TN 37243 | 1-800-342-3145<br>TTY: 711 | https://www.tn.gov/tenncare/ |

| Estados | Agencia de Medicaid | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 8 a. m. - 5 p. m., hora estándar del centro (CST) | |
| Texas | Texas Health y Human Services Commission | North Austin Complex Building 4601 W. Guadalupe St. P.O. Box 13247 | Austin, TX 78751-3146 | 211<br>TTY:<br>1-512-424-6597<br>8 a. m. - 5 p. m., hora estándar del centro (CST) | https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip |
| Utah | Utah Department of Human Services | P.O. Box 143106 | Salt Lake City, UT 84114 | 1-800-662-9651<br>TTY: 711<br>8 a. m. - 5 p. m., hora estándar de las montañas (MST) | https://medicaid.utah.gov/ |
| Vermont | Green Mountain Care [Department of Vermont Health Access (DVHA)] | 280 State Drive | Waterbury, Vermont 05671 | 1-800-250-8427<br>TTY:<br>1-888-834-7898<br>7:45 a. m. - 4:30 p. m., hora estándar del este (EST) | https://www.greenmountaincare.org/health-plans/medicaid |
| Virginia | Department of Medical Assistance Services (DMAS) | 600 East Broad Street | Richmond, VA 23219 | 1-804-786-7933<br>TTY:<br>1-800-343-0634 | https://www.vdh.virginia.gov/disease-prevention/vamap/ |

| Estados | Agencia de Medicaid | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 8 a. m. - 5 p. m., hora estándar de las montañas (MST) | |
| Washington | Apple Health (Washington State Department of Social y Health Services) | 626 8th Avenue SE Mailing Address: P.O. Box 45531 | Olympia, WA 98501 | 1-877-501-2233<br>TTY: 711<br>8 a. m. - 5 p. m., hora estándar del Pacífico (PST) | https://www.hca.wa.gov/about-hca/programs-and-initiatives/apple-health-medicaid |
| West Virginia | Department of Health y Human Resources | 350 Capitol Street, Room 251 | Charleston, WV 25301 | 1-304-558-1700<br>TTY: 711<br>8 a. m. - 5 p. m., hora estándar del este (EST) | https://dhhr.wv.gov/bms/Pages/default.aspx |
| Wisconsin | Wisconsin Department of Health y Family Services | 1 West Wilson Street | Madison, WI 53703 | 1-800-362-3002<br>o<br>608-266-1865<br>TTY: 711<br>8 a. m. - 6 p. m., hora estándar del centro (CST) | https://www.dhs.wisconsin.gov/<br>https://www.dhs.wisconsin.gov/medicaid/index.htm |
| Wyoming | Wyoming Medicaid (Wyoming Department of Health, | 401 Hathaway Building | Cheyenne, WY 82002 | 1-866-571-0944<br>TTY: 711<br>8 a. m. - 5 p. m., hora estándar de | https://health.wyo.gov/publichealth/communicable-disease-unit/hiv-treatment- |

| Estados | Agencia de Medicaid | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| | Healthcare Financing) | | | las montañas (MST) | program/hiv-treatment-resources-for-patients/ |

**Programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP)**

| Estados | Agencia del SPAP | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| Colorado | Ryan White State Drug Assistance Program (SDAP) | CDPHE Care y Treatment Program ADAP-3800, 4300 Cherry Creek Drive South | Denver, CO 80246 | 1-303-692-2716<br>TTY: 711<br>Lunes a viernes, de 8 a. m.<br>- 5 p. m. | https://www.colorado.gov/pacific/cdphe/state-drug-assistance-program |
| Delaware | Chronic Renal Disease Program (CRDP) | Riverwalk, 253 NE Front Street | Milford, DE 19963 | 1-800-464-4357<br>o<br>1-302-424-7180 | https://www.dhss.delaware.gov/dhss/dmma/crdprog.html |
| Idaho | Idaho HIV State Prescription Assistance Program (IDAGAP) | 450 W. State Street, P.O. Box 83720 | Boise, ID 83720-0036 | 1-208-334-5612<br>TTY: 711<br>Lunes a viernes, de 8 a. m.<br>- 5 p. m. | https://healthandwelfare.idaho.gov/Health/FamilyPlanningSTDHIV/HIVCareandTreatm |

| Estados | Agencia del SPAP | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | ent/tabid/391/Default.aspx |
| Indiana | Indiana HoosierRx | P.O. Box 6224 | Indianapolis IN 46206-6224 | 1-866-267-4679<br>TTY: 711<br>Lunes a viernes, de 7 a. m.<br>- 3 p. m. | https://www.in.gov/medicaid/members/26.htm |
| Maine | Maine Low Cost Drugs for the Elderly y Disabled Program Office of MaineCare Services | 242 State Street | Augusta, ME 04333 | 1-866-796-2463<br>TTY:<br>1-800-606-0215<br>Lunes a viernes, de 8 a. m.<br>- 5 p. m. | https://q1medicare.com/PartD-SPAPMaineLowCstRxElderlyDisabled.php |
| Maryland | Maryland Senior Prescription Drug Assistance Program (SPDAP) | c/o Pool Administrators, 628 Hebron Avenue, Suite 502 | Glastonbury, CT 06033 | 1-800-551-5995<br>TTY:<br>1-800-877-5156<br>Lunes a viernes, de 8 a. m.<br>- 5 p. m. | http://marylandspdap.com/ |

| Estados | Agencia del SPAP | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| Massachusetts | Massachusetts Prescription Advantage | P.O. Box 15153 | Worcester, MA 01615-0153 | 1-800-243-4636 ext 2, TTY: 1-877-610-0241 Lunes a viernes, de 8 a. m. - 5 p. m. | https://www.mass.gov/prescription-drug-assistance |
| Montana | Montana Big Sky Rx Program | P.O. Box 202915 | Helena, MT 59620-2915 | 1-866-369-1233 TTY: 711 Lunes a viernes, de 8 a. m. - 5 p. m. | https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/BigSky |
| Nevada | Nevada Senior Rx, Department of Health y Human Services | 3320 W. Sahara Ave, Suite 100 | Las Vegas, NV 89102 | 1-866-303-6323 (opción 2) TTY: 711 Lunes a viernes, de 8 a. m. - 5 p. m. | http://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SeniorRx/SrRxProg/ |
| New Jersey | New Jersey Department of Health y Senior Services Pharmaceutical Assistance to the Aged y Disabled Program (PAAD) | P.O. Box 715 | Trenton, NJ 08625-0715 | 1-800-792-9745 TTY: 711 Lunes a viernes, de 8 a. m. - 5 p. m. | https://www.nj.gov/humanservices/doas/services/l-p/paad/ |

| Estados | Agencia del SPAP | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| New York | New York Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage Program (EPIC) | P.O. Box 15018 | Albany, NY 12212-5018 | 1-800-332-3742 TTY: 1-800-290-9138 Lunes a viernes, de 8 a. m. - 5 p. m. | https://www.health.ny.gov/health_care/epic/ |
| Pennsylvania | Pennsylvania Department of Aging PACE y PACENET Programs | P.O. Box 8806 | Harrisburg, PA 17105-8806 | 1-800-225-7223 TTY: 711 Lunes a viernes, de 8 a. m. - 5 p. m. | https://www.aging.pa.gov/aging-services/prescriptions/Pages/default.aspx |
| Rhode Island | Rhode Island Pharmaceutical Assistance to the Elderly (RIPAE) | Division of Elderly Affairs, 57 Howard Ave, Louis Pasteur Bldg, 2nd Floor | Cranston, RI 02920-3039 | 1-401-462-3000 TTY: 1-401-462-0740 Lunes a viernes, de 8 a. m. - 5 p. m. | https://www.payingforseniorcare.com/rhode-island/ripae |
| Texas | Texas Kidney Health Care Program (KHC) | Kidney Health Care Mail Code 1938 P.O. Box 149030 | Austin, TX 78714-9947 | 1-800-222-3986 TTY: 711 Lunes a viernes, de 8 a. m. - 5 p. m. | https://hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care |
| Vermont | Department of Vermont Health Access Vermont VPharm | Application & Document Processing Center 280 State Drive | Waterbury, VT 05671-1500 | 1-800-250-8427 TTY: 711 Lunes a viernes, de 8 a. m. | https://www.greenmountaincare.org/ |

| Estados | Agencia del SPAP | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | - 5 p. m. | |
| Virginia | Virginia Medication Assistance Program (MAP) | Virginia Department of Health, HCS Unit, 1st Floor, James Madison Building, 109 Governor Street | Richmond, VA 23219 | 1-855-362-0658<br>TTY: 711 | https://www.vdh.virginia.gov/disease-prevention/vamap/ |
| Washington | Washington State Health Insurance State Pharmacy Assistance Program | P.O. Box 1090 | Great Bend, KS, 67530 | 1-800-877-5187<br>TTY: 711<br>Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. | https://www.insurance.wa.gov/washington-state-health-insurance-pool-wship |
| Wisconsin | Wisconsin Senior Care | 1 West Wilson Street | Madison, WI 53703 | 1-608-266-1865<br>TTY: 1-800-947-3529 o 711<br>Lunes a viernes, de 8 a. m. - 5 p. m. | https://www.dhs.wisconsin.gov/seniorcare/index.htm |

## Programas de asistencia para medicamentos contra el sida (ADAP)

| Estados | Agencia del ADAP | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| Alabama | Alabama Department of Public Health AIDS Drug Assistance Program HIV/AIDS Division | The RSA Tower, 201 Monroe Street, Suite 1400 | Montgomery, AL 36104-3773 | 1-866-574-9964<br>TTY: 711 | http://www.alabamapublichealth.gov/hiv/adap.html |
| Alaska | Alaska Aids Assistance Association | 1057 W. Fireweed Lane, Suite 102 | Anchorage, AK 99503 | 1-800-478-AIDS<br>TTY: 711 | https://www.alaskanaids.org/ |
| Arizona | Arizona Department of Health Services (ADHS) Office of Disease Integration y Services | 150 N. 18th Avenue | Phoenix, AZ 85007 | 1-800-334-1540<br>TTY: 711 | https://www.azdhs.gov/ |
| Arkansas | Arkansas HIV/STD/ Hepatitis C ADAP Division | 4815 W. Markham Street Slot 33 | Little Rock, AR 72205 | 1-501-661-2408<br>TTY: 711 | http://adap.directory/arkansas |

| Estados | Agencia del ADAP | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| California | California Department of Public Health Office of AIDS | Office of AIDS Center for Infectious Diseases California Department of Public Health, MS 7700 P.O. Box 997426 | Sacramento, CA 95899-7426 | 1-916-558-1784<br>TTY: 711 | https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAmain.aspx |
| Colorado | Ryan White State Drug Assistance Program (SDAP) | CDPHE Care y Treatment Program ADAP-3800, 4300 Cherry Creek Drive South | Denver, CO 80246 | 1-303-692-2716<br>TTY: 711<br>Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. | https://cdphe.colorado.gov/state-drug-assistance-program |
| Connecticut | Connecticut AIDS Drug Assistance Program (CADAP) | State of Connecticut Department of Public Health c/o Magellan P.O. Box 13001 | Albany, NY 11212-3001 | 1-800-424-3310<br>TTY:<br>1-800-842-4524 | https://portal.ct.gov/DSS/Health-And-Home-Care/CADAP/Connecticut-AIDS-Drug-Assistance-Program-CADAP |
| Delaware | Ryan White Program (Delaware AIDS Drug Assistance | 540 S. DuPont Highway | Dover, DE 19901 | 1-302-744-1000<br>TTY: 711 | https://www.dhss.delaware.gov/dhss/dph/dpc/hivtreatment.html |

| Estados | Agencia del ADAP | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| District of Columbia | District of Columbia AIDS Drug Assistance Program (DC ADAP) | 899 N. Capitol Street NE | Washington, DC 20002 | 1-202-671-4900<br>TTY: 711 | https://dchealth.dc.gov/DC-ADAP |
| Florida | Florida AIDS Drug Assistance Program | HIV/AIDS Section 4052 Bald Cypress Way | Tallahassee, FL 32399 | 1-850-245-4422<br>TTY: 711 | https://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/adap-enrollment.html |
| Georgia | Georgia Department of Public Health, Health Protection, Office of HIV/AIDS | 2 Peachtree Street, NW, 15th Floor | Atlanta, GA 30303-3186 | 404-656-9805<br>TTY: 711 | https://dph.georgia.gov/hiv-care/aids-drug-assistance-program-adap |
| Hawaii | Harm Reduction Services Branch | 3627 Kilauea Avenue, Suite 306 | Honolulu, HI 96816 | 1-808-733-9010<br>TTY: 711 | https://health.hawaii.gov/harmreduction/about-us/hiv-programs/hiv-case-management/ |

| Estados | Agencia del ADAP | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| Idaho | Idaho HIV State Prescription Assistance Program (IDAGAP) | 450 W. State Street, P.O. Box 83720 | Boise, ID 83720-0036 | 1-208-334-5612<br>TTY: 711<br>Lunes a viernes, de 8 a. m.<br>- 5 p. m. | https://healthandwelfare.idaho.gov/Health/FamilyPlanningSTDHIV/HIVCareandTreatment/tabid/391/Default.aspx |
| Illinois | Illinois Department of Public Health AIDS Drug Assistance Program | 525 W. Jefferson Street, First Floor | Springfield, IL 62761 | 1-217-782-4977<br>TTY:<br>1-800-547-0466 | https://dph.illinois.gov/topics-services/diseases-and-conditions/hiv-aids/ryan-white-care-and-hopwa-services.html |
| Indiana | Indiana State Department of Health y Human Services Division HIV Medical Services Program | 2 N Meridian St Suite 6C | Indianapolis, IN 46204 | 1-866-588-4948, Opción 1<br>TTY: 711 | https://www.in.gov/health/hiv-std-viral-hepatitis/ |
| Iowa | Iowa Department of Public Health Bureau of HIV, STD y Hepatitis | 321 E. 12th Street | Des Moines, IA, 50319-0075 | 515-204-3746<br>TTY: 711 o<br>1-800-735-2942 | https://hhs.iowa.gov/public-health/hiv-stis-and-hepatitis |
| Kansas | Kansas AIDS Drug Assistance Program | 1000 SW Jackson Street, Suite 210 | Topeka, KS 66612 | 1-785-296-6174<br>TTY: 711 | https://www.kdhe.ks.gov/359/AIDS-Drug- |

| Estados | Agencia del ADAP | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Assistance-Program |
| Kentucky | Kentucky AIDS Drug Assistance Program (KADAP) | 275 E. Main St., HS2E-C | Frankfort, KY 40621 | 1-800-420-7431<br>TTY: 711 | https://chfs.ky.gov/agencies/dph/dehp/hab/Pages/services.aspx |
| Louisiana | Louisiana Health Access Program (LAHAP) | 1450 Poydras Street, Suite 2136 | New Orleans, LA 70112 | 1-504-568-7474<br>TTY: 711 | https://www.lahap.org/ |
| Maine | Maine AIDS Drug Assistance Program | 286 Water Street, State House Station 11 | Augusta, ME 04333 | 1-207-287-3747<br>TTY: 711 | https://adap.directory/maine |
| Maryland | Maryland AIDS Drug Assistance Program (MADAP) | 201 W. Preston Street | Baltimore, MD 21201-2399 | 1-800-205-6308<br>TTY: 711 | https://health.maryland.gov/phpa/OIDPCS/Pages/MADAP.aspx |
| Massachusetts | Massachusetts HIV Drug Assistance Program (HDAP) | Schrafft's Center, 529 Main Street, Suite 301 | Charlestown, MA 02129 | 1-800-228-2714<br>TTY: 711 | https://crine.org/hdap/ |
| Michigan | Michigan HIV/AIDS Drug Assistance Program (MIDAP) | 109 Michigan Avenue, 9th Floor | Lansing, MI 48913 | 1-888-826-6565<br>TTY: 711 | https://www.michigan.gov/mdhhs/keep-mi-healthy/chronicdiseases/hivsti/mi |

| Estados | Agencia del ADAP | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | chigan-drug-assistance-program |
| Minnesota | Minnesota HIV/ AIDS Program Department of Human Services | HIV/AIDS Programs Department of Human Services, P.O. Box 64972 | St. Paul, MN 55164-0972 | 1-800-657-3761<br>TTY: 711 o<br>1-800-627-3529 | https://mn.gov/dhs/people-we-serve/adults/health-care/hiv-aids/programs-services/medications.jsp |
| Mississippi | Mississippi AIDS Drug Assistance Program | 570 E. Woodrow Wilson Drive | Jackson, MS 39216 | 1-888-343-7373<br>TTY: 711 | https://msdh.ms.gov/msdhsite/_static/14,13047,150.html |
| Missouri | Missouri AIDS Drug Assistance Program | Bureau of HIV, STD, y Hepatitis Missouri Department of Health y Senior Services, P.O. Box 570 | Jefferson City, MO 65102 | 1-573-751-6439<br>TTY: 711 | https://health.mo.gov/living/healthcondiseases/communicable/hivaids/ |
| Montana | Montana Ryan White HIV Care Program (Montana AIDS Drug Assistance Program, DPHHS) | Cogswell Building Room C-211, 1400 Broadway | Helena, MT 59620 | 1-406-444-3565<br>TTY: 711 | https://dphhs.mt.gov/publichealth/hivstd/treatment/mtryanwhiteprog |

| Estados | Agencia del ADAP | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| Nebraska | Nebraska AIDS Drug Assistance Program | P.O. Box 95044, 301 Centennial Mall South | Lincoln, NE 68509 | 1-402-559-4673 TTY: 711 | https://adap.directory/nebraska |
| Nevada | Nevada AIDS Drug Assistance Program | Office of HIV/AIDS 4126 Technology Way, Suite 200 | Carson City, NV 89706 | 1-775-684-5928 TTY: 711 | http://dpbh.nv.gov/Programs/HIV-Ryan/Ryan_White_Part_B_-_Home/ |
| New Hampshire | New Hampshire Department of Health & Human Services | New Hampshire Department of Health y Human Services 129 Pleasant Street | Concord, NH 03301-3852 | 1-800-852-3345 ext 4502 TTY: 1-800-735-2964 | https://www.dhhs.nh.gov/ |
| New Jersey | New Jersey Department of Health | P.O. Box 360 | Trenton, NJ 08625-0360 | 1-800-624-2377 TTY: 711 | https://www.nj.gov/health/hivstdtb/hiv-aids/medications.shtml |
| New Mexico | New Mexico Department of Health HIV/AIDS Services Program | 1190 St. Francis Drive, Suite S1200 | Santa Fe, NM 87502 | 1-505-476-3628 TTY: 711 | https://www.nmhealth.org/about/phd/idb/hats/ |
| New York | New York HIV Uninsured Care Programs | Empire Station, P.O. Box 2052 | Albany, NY 12220-0052 | 1-800-542-2437 TTY: 1-518-459-0121 | https://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/ |

| Estados | Agencia del ADAP | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| North Carolina | North Carolina Department of Health y Human Services | Communicable Disease Branch, Epidemiology Section Division of Public Health, N.C. Dept of Health y Human Services 1902 Mail Service Center | Raleigh, NC 27699-1902 | 1-919-733-3419<br>TTY: 711 | https://epi.dph.ncdhhs.gov/cd/hiv/hmap.html |
| North Dakota | North Dakota Department of Health HIV/AIDS Program | North Dakota Department of Health Division of Disease Control, 2635 East Main Ave | Bismarck, ND 58505 | 1-800-472-2180<br>TTY: 711 | https://www.ndhealth.gov/hiv/RyanWhite/ |
| Ohio | Ohio AIDS Drug Assistance Program | 246 N. High Street | Columbus, OH 43215 | 1-614-995-5599<br>TTY: 711 | https://odh.ohio.gov/know-our-programs/Ryan-White-Part-B-HIV-Client-Services/AIDS-Drug-Assistance-Program/ |
| Oklahoma | Oklahoma AIDS Drug Assistance Program | 1000 NE Tenth & Stonewall, Mail Drop 0308 | Oklahoma City, OK 73117-1299 | 405-271-4000<br>TTY: 711 | https://adap.directory/oklahoma |

| Estados | Agencia del ADAP | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| Oregon | Oregon CAREAssist Program | 800 NE Oregon Street, Suite 1105 | Portland, o 97232 | 1-971-673-0144<br>TTY: 711 | https://www.oregon.gov/oha/ph/DiseasesConditions/HIVSTDViralHepatitis/HIVCareTreatment/CAREAssist/Pages/index.aspx |
| Pennsylvania | Pennsylvania Department of Health | Pennsylvania Department of Health, Special Pharmaceutical Benefits Program, P.O. Box 8808 | Harrisburg, PA 17105-8808 | 1-800-922-9384<br>TTY: 711 | https://www.health.pa.gov/topics/programs/HIV/Pages/Special-Pharmaceutical-Benefits.aspx |
| Rhode Island | Rhode Island Aids Drug Assistance Program | 3 Capitol Hill | Providence, RI 02908 | 1-401-222-5960<br>TTY: 711 | https://health.ri.gov/diseases/hivaids/about/staying healthy/ |
| South Carolina | South Carolina AIDS Drug Assistance Program | 2600 Bull Street | Columbia, SC 29201 | 1-800-322-2437<br>TTY: 711 | https://scdhec.gov/aids-drug-assistance-program |
| South Dakota | Ryan White Part B CARE Program, South Dakota Department of Health | 615 E. 4th Street | Pierre, SD 57501-1700 | 1-800-592-1861<br>TTY: 711 | https://doh.sd.gov/topics/diseases/infectious/reportable-communicable- |

| Estados | Agencia del ADAP | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | diseases/hivaids/ryan-white-part-b-program/ |
| Tennessee | Tennessee HIV Drug Assistance Program (HDAP) | Tennessee Department of Health HIV/STD Program Administrative Offices: 4th Floor, Andrew Johnson Tower, 710 James Robertson Pkwy | Nashville, TN 37243 | 1-800-525-2437<br>TTY: 711 | https://adap.directory/tennessee |
| Texas | Texas HIV/STD Medication Program (THMP) | Texas HIV Medication Program ATTN: MSJA, MC 1873, Post Office Box 149347 | Austin, TX 78714-9347 | 1-800-255-1090<br>TTY: 711 | https://www.dshs.state.tx.us/hivstd/meds/default.shtm |
| Utah | Utah AIDS Drug Assistance Program | 288 North 1460 West, P.O. Box 142104 | Salt Lake City, UT 84114-2104 | 1-801-538-6191<br>TTY: 711 | https://adap.directory/utah |

| Estados | Agencia del ADAP | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| Vermont | Vermont Medication Assistance Program (VMAP) | AIDS Medication Assistance Program, 108 Cherry Street | Burlington, VT 05402-0070 | 1-800-464-4343<br>TTY: 711 | https://www.healthvermont.gov/disease-control/hiv/hiv-care |
| Virginia | Virginia Department of Health (VDH) AIDS Drug Assistance Program | Virginia Department of Health, HCS Unit, 1st Floor James Madison Building, 109 Governor Street | Richmond, VA 23219 | 1-855-362-0658<br>TTY: 711 | https://www.vdh.virginia.gov/disease-prevention/vamap/ |
| Washington | Washington State's AIDS Drug Assistance | P.O. Box 47841 | Olympia, WA, 98504-7841 | 1-877-376-9316<br>TTY: 711 | https://www.doh.wa.gov/YouandYourFamily/IllnessandDisease/HIV/ClientServices/ADAPandEIP |
| West Virginia | West Virginia AIDS Drug Assistance Program | 350 Capitol Street, Room 125 | Charleston, WV 25301 | 1-800-642-8244<br>TTY: 711 | https://oeps.wv.gov/rwp/pages/default.aspx |
| Wisconsin | Wisconsin AIDS/ HIV Drug Assistance Program | 1 West Wilson Street | Madison, WI 53703 | 1-608-266-1865<br>TTY: 711 o 1-800-947-3529 | https://www.dhs.wisconsin.gov/hiv/adap.htm |

| Estados | Agencia del ADAP | Dirección | Ciudad, estado, código postal | Número de teléfono/TTY | Dirección web |
|---|---|---|---|---|---|
| Wyoming | Wyoming Department of Health AIDS Drug Assistance Program | 401 Hathaway Building | Cheyenne, WY 82002 | 1-307-777-5856<br>TTY: 711 | https://health.wyo.gov/publichealth/communicable-disease-unit/hiv-treatment-program/hiv-treatment-resources-for-patients/ |

## Aviso de no discriminación

**La cobertura de atención médica es importante para todos**

No discriminamos por motivos de raza, color, origen nacional (incluido el conocimiento limitado de inglés y el primer idioma), edad, discapacidad o sexo (según se entiende en la normativa correspondiente). Proporcionamos a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas de comunicación gratuitas para permitir una comunicación efectiva con nosotros. También ofrecemos servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuyo primer idioma no es el inglés.

Para recibir modificaciones razonables, ayudas de comunicación o asistencia lingüística sin cargo, llámenos al 1-855-380-8542 (TTY: 711).

Si considera que no le hemos proporcionado un servicio, o considera que hemos discriminado de alguna otra manera, puede presentar una queja ante:

Office of Civil Rights Coordinator
Attn: Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St., 35th Floor
Chicago, IL 60601

Teléfono: 1-855-664-7270 (correo de voz)
TTY/TDD: 1-855-661-6965
Fax: 1-855-661-6960
Correo electrónico: civilrightscoordinator@bcbsil.com

Puede presentar un reclamo en persona, por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el coordinador de Derechos Civiles está a su disposición.

Puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., en:

US Dept of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Teléfono: 1-800-368-1019
TTY/TDD: 1-800-537-7697
Portal de quejas: ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
Formularios de quejas: hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

Este aviso también está disponible en el sitio web en bcbstx.com/legal-and-privacy/non-discrimination-notice.

Blue Cross Blue Shield of Texas, una división de Health Care Service Corporation, una compañía de reserva legal mutua, un licenciatario independiente de la Blue Cross and Blue Shield Association.

ATTENTION: If you speak another language, 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 1-855-380-8542 (TTY: 711) or speak to your provider.

| | |
|---|---|
| Español<br>Spanish | ATENCIÓN: 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 1-855-380-8542 (TTY: 711) o hable con su proveedor. |
| العربية<br>Arabic | 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 1-855-380-8542 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة. |
| 中文<br>Chinese | 注意：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 1-855-380-8542（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。 |
| Français<br>French | ATTENTION: 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 1-855-380-8542 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur. |
| Deutsch<br>German | ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-855-380-8542 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider. |
| ગુજરાતી<br>Gujarati | ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઑક્ઝિલરી સહાય અને ઍક્સેસિબલ ફૉર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ સવના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-855-380-8542 (TTY: 711) પર કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો. |
| हिंदी<br>Hindi | ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएँ उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयोगी सामाजिक उपकरण और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं।<br>1-855-380-8542 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें। |
| Italiano<br>Italian | ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati por fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'1-855-380-8542 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore. |
| 한국어<br>Korean | 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다.<br>1-855-380-8542 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오. |
| Diné<br>Navajo | SHOOH: Diné bee yáníłti'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hóló. Bee ahił hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'į' ahoot'i'ígíí éí t'áá jiik'eh hóló. Kohjį' 1-855-380-8542 (TTY: 711) hodíilnih doodago nika'análwo'í bich'į' hanidziih. |
| فارسی<br>Farsi | توجه: اگر [وارد کردن زبان] صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. با شماره 1-855-380-8542 (تله‌تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود |

| | |
|---|---|
| Polski<br>Polish | UWAGA: 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 1-855-380-8542 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą. |
| Русский<br>Russian | ВНИМАНИЕ: 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 1-855-380-8542 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг. |
| Tagalog<br>Tagalog | PAALALA: 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 1-855-380-8542 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider. |
| اردو<br>Urdu | توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ (TTY: 711) 1-855-380-8542 پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔ |
| فارسی<br>Persian | ما در راستای پاسخگویی به سؤالات شما در مورد طرح سلامت یا دارویی خود، دارای خدمات مترجم رایگان هستیم. برای داشتن یک مترجم، کافیست از طریق شماره 1-855-380-8542 (TTY: 711) با ما تماس بگیرید. یک شخص فارسی زبان می‌تواند به شما کمک کند. این یک سرویس رایگان است |
| ລາວລາວເອ້ີ<br>Laotian | ພວກເຮົ າມີ ບ ໍ ລິ ການຜ ູ້ ແປພາສາບ ໍ່ ເສຍຄ ່າໃຫ ້ເພ ື່ ອຄວຍຕອບ ◌ ໍຄ ຳຖ ຳມທ ີ່ ທ ່ ານອ ຳດມ ີ ກ ່ ຽວກ ັ ບແຜນປະກ ັ ນສ ຸ ຂະພ ຳບ ແລະ ຍ ຳຂອງພວກເຮົ ຳ. ເພ ື່ ອເຂ ົ ຳ ຫ ຼ ຸ ຜ ູ ້ ແປພ ຳສ ຳ, ພ ຽ ງແຕ ່ ໂທຫ ຳພວກເຮົ ຳ ທ ີ່ ເບ ີ 1-855-380-8542 (TTY: 711). ຈະມ ີ ຄ ົ ນທ ີ່ ເວ ົ້ ຳພ ຳສ ຳລ ຳວ ຂ ຽ ນ ຳ ມ ຳ ດ ຊ ່ ວ ຍ ທ ່ ຳ ນ ໄ ດ ້. ນ ີ້ ແມ ່ ນ ກ ຳ ນ ບ ່ ລ ິ ກ ຳ ນ ບ ່ ເ ສ ຍ ຄ ່ ຳ. |
| Việt<br>Vietnamese | LƯU Ý: 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 1-855-380-8542 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn. |

**Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) Servicio al cliente**

| Información de contacto de Servicio al cliente | |
|---|---|
| **Llamadas** | 1-855-380-8542<br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días feriados.<br>El Servicio al cliente también cuenta con un servicio gratuito de interpretación de idiomas disponible para las personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | 711<br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días feriados. |
| **Correo postal** | Customer Service<br>P.O. Box 4555<br>Scranton, PA 18505 |

**Programa estatal de asistencia sobre seguros médicos**

El Programa estatal de asistencia sobre seguros médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Puede encontrar información de contacto sobre el Programa estatal de asistencia sobre seguros médicos (SHIP) en el apéndice al final de este documento.

***Declaración de divulgación de la PRA*** *De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona tiene obligación de responder a una solicitud de información, a menos que esta cuente con un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management y Budget, OMB) para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*