



Blue Cross Group
Medicare Advantage Open AccessSM

 **Austin**

**Vive
tu
vida
BlueSM**



La ventaja es suya.

**Siga leyendo para conocer detalles acerca de su cobertura
Medicare Advantage grupal para jubilados.**

Guarde esta información para referencia futura.

These materials are available in English. Please contact Customer Service for assistance.



Cobertura Medicare para jubilados simplificada.

Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO)SM es su cobertura grupal para jubilados todo en uno.

Su administrador de beneficios ofrece Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) como su cobertura de Medicare para jubilados. Combina las coberturas de las Partes A, B y D de Medicare y las complementa con beneficios y servicios médicos adicionales para la salud y el bienestar que Original Medicare no ofrece. Incluye la mayoría de los servicios comunes, como consultas a prestadores de servicios médicos, servicios de hospitalización, servicios para pacientes ambulatorios, atención médica de emergencia y medicamentos recetados. Coordina la atención médica y le ofrece recursos para el control y la prevención de enfermedades. La aseguradora también se encarga de tramitar las reclamaciones, coordina con Medicare y le ofrece un número de contacto para cualquier consulta que pueda tener.

Piense en esta cobertura PPO de acceso abierto como una cobertura nacional.

Puede acudir con cualquier prestador de servicios médicos que acepte Medicare. Eso equivale, aproximadamente, al 98% de los prestadores de servicios médicos en todo el país. No es necesario que formen parte de la red de Blue Cross and Blue Shield (BCBS). Sus beneficios son los mismos tanto en casa como cuando viaja en los Estados Unidos. Los prestadores de servicios médicos presentarán las reclamaciones ante la entidad de BCBS de su localidad. Si un prestador de servicios médicos indica que está fuera de la red o que no acepta la cobertura, muéstrole el folleto **“Sus prestadores de servicios médicos, su red personal”** incluido en este kit. El folleto explica su cobertura grupal para jubilados y cómo presentar reclamaciones. Llame antes de su consulta para asegurarse de que los prestadores de servicios médicos entienden el proceso y para confirmar si le aceptarán como paciente. **Tenga en cuenta lo siguiente: Incluso los prestadores de servicios médicos que aceptan Medicare pueden decidir a qué pacientes desean atender, salvo en caso de una emergencia. Podría requerirse la autorización previa de la aseguradora para algunos servicios médicos antes de que el prestador de servicios médicos pueda prestar el servicio.***

¡Importante!

- Debe ser un jubilado con las coberturas de la Parte A y Parte B de Medicare. Si aún no cuenta con ellas, comuníquese con su oficina local del Seguro Social o visite www.ssa.gov/es para solicitar las coberturas en línea.
- Tiene que continuar pagando cualquier prima de la Parte A o de la Parte B, los recargos de la Determinación del Ajuste mensual acorde a sus ingresos (IRMAA, en inglés) y las multas por solicitar cobertura tarde según lo requiera el gobierno federal.
- Medicare tiene que aprobar la solicitud de cobertura para esta póliza antes de que usted sea oficialmente un asegurado. Esto tarda aproximadamente 10 días hábiles.
- Revise todo lo que está incluido en este paquete para obtener información sobre su cobertura grupal para jubilados.
- Siga las instrucciones para solicitar cobertura que le proporcionó su administrador de beneficios.



Más ventajas de Medicare Advantage: Beneficios y servicios adicionales para la salud y el bienestar.

Aunque se coordinó la cobertura grupal Medicare Advantage para jubilados con Medicare para proporcionarle las coberturas de las Partes A, B y D de Medicare, los asegurados también disfrutan de estos beneficios y servicios adicionales para la salud y el bienestar que la cobertura Original Medicare no incluye. Consulte los documentos de su cobertura para conocer más detalles.



Acondicionamiento físico diseñado para usted

El programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®† le ayuda a alcanzar sus objetivos de salud y acondicionamiento físico, y le da acceso a miles de gimnasios y clases en persona y en línea dirigidas por instructores con certificación.



Consultas virtuales

Las consultas virtuales le permiten consultar a médicos o terapeutas independientes, avalados en su especialidad, para atender casos que no sean de emergencia, ya sea por teléfono, por la aplicación móvil o por video en línea, en cualquier momento y en cualquier lugar. Hable con un médico o programe una cita a la hora que más le convenga. Este servicio no tiene como objetivo reemplazar las consultas con su prestador de atención médica primaria. Es posible que su prestador de servicios médicos actual ofrezca consultas virtuales.



Enfermería telefónica 24/7 Nurseline

Un enfermero titulado (*registered nurse*) capacitado para ayudarle si está enfermo o herido, y no está seguro de lo que debe hacer, atenderá su llamada.



Programa de recompensas

Reciba hasta \$100 en tarjetas de regalo por elegir Actividades en favor de la salud. Gane tarjetas de regalo por completar Actividades en favor de la salud a lo largo del año, como completar su consulta anual de bienestar, vacunarse contra la gripe o completar una evaluación de riesgo de caídas.††

Las opciones de tarjetas de regalo incluyen tiendas nacionales reconocidas. Estas pueden ofrecer tarjetas electrónicas o físicas. El máximo anual de recompensas que puede ganar es de \$100 en tarjetas de regalo. **Tenga en cuenta lo siguiente:** Las actividades en favor de la salud están sujetas a cambios.

* Los prestadores de servicios médicos sin contrato no están obligados a cumplir nuestros requisitos de autorización previa; sin embargo, el asegurado o el prestador de servicios médicos pueden optar por solicitar una determinación de necesidad médica por adelantado, ya que los servicios deben cumplir los criterios de necesidad médica para tener cobertura.

† Las clases y los servicios varían según la ubicación.

†† Participación sujeta a inscripción. Límite de \$100 de recompensa en tarjetas de regalo al año. Una recompensa por cada Actividad en favor de la salud al año. Las fechas de servicio de las Actividades en favor de la salud tendrán que coincidir con el año de cobertura vigente. Las Actividades en favor de la salud elegibles para recompensas están sujetas a cambios.

La Parte D complementa su cobertura.

Su póliza incluye cobertura de medicamentos recetados, por lo que no necesitará una cobertura de la Parte D de Medicare por separado. Incluye los medicamentos comunes para pacientes ambulatorios, como aquellos que se usan para tratar la presión arterial, el colesterol, la depresión y la artritis. Según la cobertura que seleccione su administrador de beneficios, es posible que se apliquen copagos o un coaseguro a los medicamentos recetados de la Parte D. Y es posible que deba pagar un deducible antes de que la aseguradora comience a pagar por los medicamentos recetados incluidos.

El gobierno federal establece el límite máximo anual de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. Se ajusta cada año según la inflación. Este límite no se aplica a los gastos de bolsillo en los que incurra al adquirir medicamentos de la Parte B. Las primas mensuales de la cobertura y las de la Parte B tampoco se incluyen en sus gastos de bolsillo. Revise el *Resumen de beneficios y servicios médicos* para entender sus costos.

Para obtener los mejores resultados de salud, los medicamentos recetados deben tomarse según lo recetado: a la hora correcta, en la cantidad adecuada y durante el tiempo indicado.



Lista de medicamentos con cobertura

En la lista de medicamentos, verá que los medicamentos recetados se clasifican en niveles. Los costos de los medicamentos en cada nivel son diferentes. El Nivel 1 incluye los medicamentos recetados para problemas médicos comunes y, por lo general, tienen un costo más bajo.

Cobertura de transición

Durante los primeros 90 días de cobertura, es posible que pueda obtener un suministro de un mes de medicamentos que cumplan con los requisitos de la Parte D y que no estén en la lista de medicamentos o que tengan restricciones. Tanto usted como su prestador de servicios médicos recibirán una notificación por correo postal sobre el surtido de transición y sobre cómo continuar recibiendo su medicamento.

Costos de la insulina y las vacunas

Insulina: no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina incluido en su cobertura, sin importar en qué nivel de gastos compartidos se encuentre.

Vacunas: su cobertura incluye la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Las siguientes vacunas están incluidas en la Parte D de Medicare: herpes zóster (culebrilla), tétanos/difteria (Td), tétanos, difteria y tos ferina (Tdap), hepatitis A y hepatitis B.

No es necesario cumplir con ningún deducible para las vacunas mencionadas.

Farmacias cerca y lejos

Nuestra red nacional de farmacias incluye miles de sucursales. Todas las cadenas de farmacias comerciales y en supermercados, reconocidas a nivel nacional, participan en la red, incluidas las siguientes:



Hay otras farmacias en nuestra red.

Cómo administrar sus medicamentos.

Su cobertura de medicamentos recetados incluye programas diseñados para fomentar el uso de los medicamentos de forma segura, adecuada y a un precio módico. Esto incluye autorización previa, terapia escalonada y cantidades límite. Si un medicamento requiere uno o más de estos programas, se indicará en la lista de medicamentos.

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que le ayuda a administrar su presupuesto en cuanto a los gastos de bolsillo para medicamentos. Distribuye los gastos en pagos mensuales a lo largo del año de la cobertura, en lugar de pagar todo de una vez en la farmacia. La opción de pago podría ayudarle a gestionar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá el costo de sus medicamentos. Si bien el programa está disponible para cualquier persona con la cobertura de la Parte D, es posible que no sea adecuado para todos.

¿Necesita apoyo financiero para sus medicamentos?

Puede solicitar el Beneficio Adicional (Extra Help, en inglés) en cualquier momento antes o después de solicitar la cobertura de la Parte D. Visite el sitio del Seguro Social en www.ssa.gov/es para obtener más información. Seleccione "Medicare" y luego "Apply for Part D Extra Help" (Solicitar el Beneficio Adicional de la Parte D).



Antes de solicitar cobertura, puede buscar sus medicamentos en línea. Encontrará la dirección del sitio web en la hoja de portada de este kit de solicitud de cobertura.

**Debajo de "Your health plan type"
(Su tipo de cobertura de salud):**

- Seleccione el año de cobertura.
- Seleccione la cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (PPO)SM con el nombre de su lista de medicamentos y solicítela.*

Escriba el nombre del medicamento y la dosis.

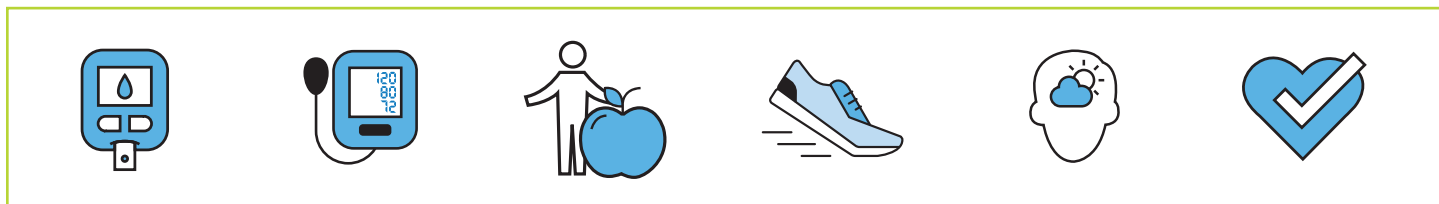
- Verifique los requisitos y el nivel de pago por medicamento.
- Consulte el *Resumen de beneficios y servicios médicos* para conocer su costo.

*El nombre de su lista de medicamentos se encuentra en el *Resumen de beneficios y servicios médicos*. Llame si necesita ayuda para averiguar el nombre de su lista de medicamentos.



Medicare Advantage le ayuda a gestionar tanto su salud como su atención médica.

Las coberturas Medicare Advantage son coberturas de atención médica administrada. Pueden ayudar a reducir sus gastos y mejorar su salud al coordinar la atención médica con sus prestadores de servicios médicos. Si nunca ha estado inscrito en una cobertura de atención médica administrada o actualmente solo tiene Original Medicare, es posible que encuentre algunas diferencias en la cobertura.



Cuide su salud.

Una vez que sea asegurado, su cobertura se convierte en su aliada en lo relacionado con la salud. Le llamaremos para darle la bienvenida a la cobertura. Recibirá su tarjeta de asegurado y la guía de bienvenida por separado por correo postal. Además, nos comunicaremos durante el año con recordatorios útiles y consejos de salud. Si tiene un problema de salud específico, es probable que reciba comunicaciones personalizadas de nuestros expertos en atención médica. Nuestros coordinadores de servicios médicos pueden ayudarle a cuidar su salud y a encontrar el apoyo que necesita. Estas son algunas de las otras maneras en las que le podemos ayudar:

- consultas médicas a domicilio;
- autocuidado de la diabetes;
- control de la presión arterial;
- buena alimentación y mantenimiento de un peso saludable;
- cesación del consumo de tabaco o sustancias;
- control del estrés y servicios de salud mental;
- consejos de seguridad para el hogar.

Si bien no es obligatorio, se recomienda a los asegurados que no hayan seleccionado a un prestador de atención médica primaria (PCP, en inglés) que se pongan en contacto con uno. Un PCP puede conocerlo a lo largo del tiempo y entender sus necesidades de salud específicas. Esta relación puede mejorar los resultados de salud y reducir los gastos médicos.

Su cobertura también promueve la prevención. No solo muchos servicios como exámenes de salud anuales, revisiones de rutina y ciertas vacunas tienen cobertura al 100%, sino que también cuentan para el programa de recompensas. Cada año, puede cumplir con los requisitos para ganar hasta \$100 en tarjetas de regalo.

Es posible que reciba comunicaciones de empresas que trabajan con nosotros para gestionar su atención médica y ofrecerle beneficios y servicios adicionales para la salud y el bienestar. No dude en ponerse en contacto con Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta o si tiene dudas sobre alguna correspondencia que reciba sobre su cobertura. Y cuéntenos sobre cualquier necesidad especial que debamos conocer.



Administre su atención médica.

Uso de la red

Las coberturas de atención médica administradas suelen tener una red de prestadores de servicios médicos a la que los asegurados tienen acceso. Este no es el caso de su cobertura. Al ser una cobertura de acceso abierto, le permite consultar a cualquier prestador de servicios médicos que acepte Medicare, le brinde tratamiento y envíe las reclamaciones a la aseguradora. Es posible que algunos prestadores de servicios médicos no estén familiarizados con las coberturas de acceso abierto y que las conozcan como coberturas PPO “pasivas” o “no diferenciadas”. Si sus prestadores de servicios médicos tienen alguna duda sobre su cobertura, pueden llamarnos al número en su tarjeta de asegurado. Les explicaremos cómo funciona.

Gestión de la utilización de tratamientos

Parte de la función de la aseguradora es garantizar que los tratamientos y medicamentos sean los más adecuados para sus necesidades individuales. Es posible que se le pida que pruebe primero otro medicamento o tipo de atención. O bien, su prestador de servicios médicos puede solicitar una autorización o aprobación previa de la aseguradora para que pueda recibir algunos servicios.

Medicamentos con cobertura

Otra característica de las coberturas de atención médica administrada es la lista de medicamentos. Los medicamentos incluidos se clasifican por niveles de pago. Los niveles pueden variar desde medicamentos genéricos en un nivel más bajo, hasta medicamentos de marca en un nivel intermedio y medicamentos especializados en un nivel más alto. Su costo se basa en el nivel de pago por medicamento. Los medicamentos de los niveles más bajos suelen costar menos y pueden ser genéricos o de marca. Los medicamentos genéricos pueden costar mucho menos que los de marca. Hay dos tipos de medicamentos genéricos: 1) equivalentes genéricos, que tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca; y 2) alternativas genéricas, que tratan el mismo problema de salud que el medicamento de marca, pero que utilizan ingredientes activos diferentes. Esta es una de las maneras en que la cobertura de atención médica administrada ayuda a controlar sus gastos mientras mantiene el nivel de calidad.



Blue Access for MembersSM (BAMSM)

BAM es un sitio web seguro y, al igual que nuestra aplicación móvil, está diseñado para brindarle un acceso rápido y fácil a la información de salud que necesita. También le permite:

- acceder a su Evidencia de cobertura;
- buscar prestadores de servicios médicos y farmacias;
- consultar su historial de medicamentos recetados;
- consultar su lista de medicamentos;
- consultar el estado de las reclamaciones, y hasta 18 meses de actividad;
- solicitar una tarjeta de asegurado o imprimir una tarjeta provisional;
- entre otros.

Si ya tiene una cuenta de BAM, no necesita crear una nueva.

Inicio de sesión seguro para asegurados

Nombre de usuario [¿Olvidó su nombre de usuario?](#)

Contraseña [¿Olvidó su contraseña?](#)

Iniciar sesión

[¿No tiene cuenta? Actívela ahora para aprovechar al máximo su póliza.](#)

Active su cuenta

[¿Tiene preguntas sobre cómo iniciar sesión? ¿Quiere saber cómo protegemos su información? Visite nuestro Centro de ayuda](#)



Su tarjeta de asegurado tendrá la siguiente información:

- **Su nombre.**
- **El nombre de su cobertura grupal de Medicare para jubilados.**
- **Su nuevo número de asegurado:** este número es único para usted.
- **Números de grupo y cobertura:** estos números solo los utiliza la aseguradora.
- **Copagos:** estos son los montos fijos que tal vez tenga que pagar cuando consulte a un prestador de servicios médicos.
- **Número de teléfono de Servicio al Cliente.**
- **Nuestro sitio web.**

Se le enviará por correo postal la tarjeta de asegurado. También puede encontrarla en BAM.

Asegúrese de mostrar la nueva tarjeta a sus prestadores de servicios médicos y en la farmacia. Recuérdeles que su tarjeta y número de asegurado anteriores ya no son válidos, incluso si era asegurado antes de inscribirse en esta cobertura Medicare Advantage. Si no usan la nueva tarjeta y el nuevo número de asegurado, no se podrá confirmar su cobertura y puede haber demoras en el procesamiento de sus reclamaciones.

Recuerde proteger su tarjeta de asegurado como si fuera una tarjeta de crédito o débito. No tendrá que usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para recibir servicios, así que no es necesario que la lleve consigo. Guárdela en un lugar seguro, no en su billetera.

Le recomendamos actualizar el número de Servicio al Cliente que tiene guardado en su teléfono u otros dispositivos con el número en su nueva tarjeta.

Preguntas frecuentes sobre Medicare y las coberturas de acceso abierto de Medicare Advantage.

P. ¿Qué es Medicare?

R. Medicare es el programa del gobierno federal de atención médica diseñado para personas mayores de 65 años. La mayoría de los ciudadanos estadounidenses obtienen el derecho de solicitar cobertura de Medicare al trabajar y pagar sus impuestos durante un mínimo de 10 años. Una persona que esté por cumplir 65 años puede inscribirse en las Partes A y B de Original Medicare desde tres meses antes del mes en que cumpla los 65 años. En determinadas circunstancias, las personas menores de 65 años pueden cumplir con los requisitos para Medicare.

Hay cuatro partes de Medicare relacionadas con servicios específicos:

Parte A: cobertura hospitalaria

Parte B: cobertura médica

Parte C: coberturas Medicare Advantage (aseguradoras privadas que tienen contrato con el gobierno para ofrecer cobertura de Medicare mediante una variedad de productos de seguro)

Parte D: cobertura para medicamentos recetados

IMPORTANTE: Para participar en una cobertura grupal de Medicare para jubilados, deberá solicitar cobertura de las Partes A y B. Si no solicita cobertura de las Partes A, B y D de Medicare cuando cumple con los requisitos por primera vez, puede estar sujeto a multas por solicitar cobertura tarde.

P. ¿Dónde puedo encontrar recursos adicionales de Medicare?

R. Los siguientes sitios web pueden ser útiles: [es.medicare.gov](https://www.medicare.gov); www.ssa.gov/es; www.cms.gov.

P. ¿Cómo solicito cobertura de Medicare?

R. La solicitud de cobertura de Medicare se efectúa mediante la Administración del Seguro Social. El proceso lleva tiempo. Si planea jubilarse a los 65 años, le recomendamos solicitar cobertura tres meses antes de cumplir 65 años.

La mayoría de las personas deben solicitar

cobertura de la Parte A de Medicare (cobertura hospitalaria) durante el Período inicial de inscripción (IEP, en inglés). Este es el período durante el cual puede solicitar cobertura de Medicare por primera vez. Es un período de 7 meses que empieza tres meses antes de cumplir 65 años, incluye el mes de su cumpleaños y termina tres meses después del mes de su cumpleaños. Por ejemplo, si nació en junio, su período para solicitar cobertura es del 1 de marzo al 30 de septiembre. La Administración del Seguro Social le enviará instrucciones para la solicitud de cobertura al comienzo de su Período inicial de inscripción.

Si ya recibe beneficios del Seguro Social, automáticamente estará asegurado en la Parte A de Medicare al comienzo de su Período inicial de inscripción. Sin embargo, deberá ponerse en contacto con la Oficina del Seguro Social para inscribirse en la Parte B. Si no recibe instrucciones de la Administración del Seguro Social, llame al **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**) o visite www.ssa.gov/es para solicitar cobertura de Medicare.

P. ¿Cuándo entrará en vigor mi cobertura de las Partes A y B de Medicare?

R. La cobertura entra en vigor el primer día del mes posterior a la fecha en que se procesó la solicitud o la fecha de entrada en vigor de las Partes A y B de Medicare, lo que ocurra más tarde.

P. ¿Debo solicitar ambas coberturas, tanto la de Original Medicare como la de Medicare Advantage?

R. Tiene que hacer dos solicitudes de cobertura por separado: la de Original Medicare y la de esta cobertura. Se requiere tener las coberturas de la Parte A y B de Medicare a través del gobierno federal para cumplir con los requisitos para contratar cualquier cobertura de Medicare, incluida esta cobertura grupal para jubilados. Para tener cobertura completa, tiene que solicitar



las coberturas de la Parte A y B de Medicare y continuar pagando las primas correspondientes de ambas partes. Para poder solicitar la cobertura grupal para jubilados, deberá obtener su Número de Identificación de Beneficiario de Medicare (MBI, en inglés) de 11 caracteres.

Al solicitar la cobertura Medicare Advantage, deberá proporcionar el Número de Medicare, que se encuentra en la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare junto con la fecha de entrada en vigor.

P. Ya tengo una cobertura de Medicare. ¿Seguirá vigente mi cobertura?

R. Solo puede estar asegurado en una cobertura de Medicare a la vez. Cuando se apruebe su solicitud de cobertura grupal para jubilados, Medicare cancelará automáticamente la cobertura Medicare Advantage o el Seguro Suplementario de Medicare que tenía. Podemos ofrecerle apoyo a lo largo de este proceso.

P. ¿Cuándo entra en vigor mi cobertura grupal Medicare Advantage para jubilados?

R. La cobertura entra en vigor el primer día del mes posterior a la fecha en que se procesó la solicitud o en la fecha de entrada en vigor de las coberturas de la Parte A y la Parte B de Medicare, lo que ocurra más tarde.

P. ¿Cuándo recibiré mi nueva tarjeta de asegurado de Medicare Advantage?

R. La recibirá en un plazo de 10 a 14 días después de que Medicare apruebe su solicitud de cobertura. Recibirá tres envíos por correo postal: una carta de acuse de recibo, seguida de una carta de confirmación y, luego, su nueva tarjeta de asegurado.

P. ¿Cuáles son los costos de Medicare que debo considerar aparte de mi cobertura grupal para jubilados?

R. No incurrirá en ningún costo por tener la cobertura de la **Parte A** si usted o su cónyuge contribuyeron al Seguro Social durante un mínimo de 10 años. Usted paga una prima todos los meses por la cobertura de la Parte B. La mayoría de las personas pagará el monto de la prima estándar. La prima de su cobertura de la Parte B se deducirá automáticamente de su pago de beneficios si recibe beneficios de una de las siguientes entidades:

- Seguro Social
- Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios
- Oficina de Administración de Personal

Si no recibe ninguno de estos pagos de beneficios, recibirá una factura de prima de la Parte B.

Las primas mensuales de la Parte B y la Parte D varían cada año. Y, si sus ingresos superan cierto límite, pagará un recargo directamente al gobierno además de su prima. Esto se denomina **IRMAA**: Determinación del Ajuste mensual acorde a sus ingresos (IRMAA, en inglés). Cualquier recargo de la IRMAA en la Parte B y en la Parte D se basa en el ingreso bruto ajustado modificado que figura en su declaración anual de ingresos del Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés) de hace dos años. Las personas que pagarán el recargo de la IRMAA recibirán un aviso de Medicare por correo postal.

Si ha experimentado un acontecimiento importante de la vida que haya reducido sus ingresos del hogar, puede solicitarle al Seguro Social que reduzca el monto adicional a pagar.

P. ¿Qué sucede si no pago las primas de la Parte B?

R. La falta de pago de las primas requeridas de la Parte A o de la Parte B, o de los recargos de la IRMAA dará lugar a la finalización de la cobertura.

P. ¿Qué es una cobertura Medicare Advantage? ¿Cómo funciona con Original Medicare?

R. Las coberturas Medicare Advantage agrupan su cobertura de la Parte A, la Parte B y, por lo general, la Parte D en una sola cobertura. Medicare Advantage, también conocido como la “Parte C de Medicare” debe cubrir toda la atención médica urgente y de emergencia, así como casi todos los servicios médicamente necesarios que ofrece Original Medicare. Sus derechos y protecciones son los mismos.

Las coberturas Medicare Advantage de este tipo pueden ofrecer algunos beneficios y servicios adicionales, como una membresía de acondicionamiento físico, una línea de asesoramiento de enfermería, disponible las 24 horas, o un programa de descuentos. Estas coberturas también coordinan su atención médica y le ofrecen recursos para el control y la prevención de enfermedades. La aseguradora se encarga de todas las reclamaciones y coordina los beneficios y servicios de Original Medicare por usted. No necesitará su tarjeta de Medicare para

recibir servicios o medicamentos recetados, solo su tarjeta de asegurado. Los costos de las primas mensuales y los servicios que recibe varían según su cobertura grupal para jubilados. Usted debe continuar pagando la prima de la Parte B.

Para obtener más información sobre las coberturas Medicare Advantage, visite **es.Medicare.gov**.

P. ¿Puede mi cónyuge o pareja tener una cobertura diferente?

R. Todas las coberturas basadas en Medicare son coberturas individuales. Un jubilado y su cónyuge o pareja que cumplan con los requisitos deben solicitar cobertura de manera individual, aunque elijan la misma.

P. ¿Podré consultar a mis prestadores de servicios médicos actuales?

R. En virtud de esta cobertura Medicare Advantage Open Access, que es una cobertura PPO de acceso abierto “no diferenciada” o “pasiva”, puede acudir a cualquier prestador de servicios médicos que: 1) acepte Medicare; 2) acepte atenderle como paciente; y 3) envíe las reclamaciones a la aseguradora. No es necesario que los prestadores de servicios médicos formen parte de ninguna red de Blue Cross and Blue Shield.

Los niveles de cobertura de los asegurados para los servicios incluidos son los mismos dentro y fuera del área de servicio de su cobertura en todo el país. No se requiere una orden médica para las consultas presenciales. Es posible que se requiera autorización previa para ciertos servicios de prestadores de servicios médicos que tienen contrato con la aseguradora para Medicare Advantage.

Tenga en cuenta lo siguiente: Incluso los prestadores de servicios médicos que aceptan Medicare pueden decidir a qué pacientes desean atender, salvo en caso de una emergencia. Le recomendamos que confirme si sus prestadores aceptan su cobertura y si presentarán las reclamaciones al administrador de la cobertura de acceso abierto. Comparta el documento adjunto “Sus prestadores de servicios médicos, su red personal” con sus prestadores de servicios médicos. El documento explica cómo funciona la cobertura y cómo presentar sus reclamaciones.

P. ¿Mi prestador de servicios médicos podrá presentar reclamaciones fácilmente ante la aseguradora?

R. Hacemos que el proceso de reclamaciones sea sencillo. En lugar de presentar reclamaciones a Medicare, sus prestadores de servicios médicos las presentarán directamente ante la aseguradora. Los prestadores de servicios médicos fuera del estado de su cobertura pueden presentar reclamaciones a la aseguradora BCBS local. Ellos conocen este proceso. Nosotros nos ocupamos de cualquier interacción con Medicare. El número de servicio al cliente en su tarjeta de asegurado es para que usted o su prestador de servicios médicos llamen si tienen alguna pregunta.

P. ¿Qué pasa si tengo un problema de salud preexistente?

R. Si tiene un problema de salud preexistente, no se le puede negar la cobertura, su cobertura no puede cancelarse y tampoco se pueden negar las reclamaciones por servicios con cobertura.

P. Ya sigo un plan de atención médica, ¿continuará?

R. Ofrecemos ayuda de un equipo de expertos que coordinarán su atención médica mientras se hace la transición a la nueva cobertura. Esta ayuda se conoce como continuidad de la atención médica o coordinación de la atención médica.

P. ¿Mi cobertura incluye cualquier medicamento con receta?

R. Esta cobertura grupal de medicamentos recetados Medicare Advantage para jubilados incluye medicamentos o servicios que normalmente están incluidos en las coberturas de la Parte B y la Parte D de Medicare.

P. ¿Qué servicios médicos necesitan autorización previa?

R. La autorización previa se produce cuando un prestador de servicios médicos contratado necesita la aprobación de la aseguradora para prestar un servicio. El objetivo es garantizar que el tratamiento o servicio tengan cobertura de Medicare y sean lo mejor para el asegurado, así

como también médicamente necesarios y seguros. Entre los procedimientos para los que se necesita una autorización previa, se incluyen los siguientes (no es una lista completa):

- Servicios de imagenología avanzada (imágenes por resonancia magnética [MRI, en inglés], angiografía por resonancia magnética [MRA, en inglés], tomografía computarizada [CT, en inglés] y tomografía por emisión de positrones [PET, en inglés]).
- Administración de servicios de laboratorio: pruebas de laboratorio moleculares y genómicas.
- Servicios musculoesqueléticos: para el dolor, las articulaciones y la columna vertebral (no incluye exámenes, terapia física y terapia ocupacional).
- Hospitalización que no es el resultado de una emergencia.
- Oncología médica ambulatoria, radioterapia, estudios del sueño y medicamentos especializados.
- Selección de equipo médico duradero.
- Algunos procedimientos que se realizan como parte de una hospitalización.

Las consultas en la sala de emergencias y la observación durante veintitrés horas no necesitan autorización previa. Su prestador de servicios médicos colaborará con la aseguradora para obtener cualquier autorización previa que pueda necesitar y puede hablar con usted sobre otras opciones si es necesario.

P. ¿Qué sucede si no se completa una autorización previa?

R. Su prestador de servicios médicos es responsable de obtener una autorización previa para usted. Si no obtiene una autorización previa antes de prestar un servicio, es posible que la aseguradora no pague la reclamación y el prestador de servicios médicos tenga que asumir el costo del servicio. No es necesario que pague por el servicio si el prestador de servicios médicos no obtiene la autorización previa que se necesita. Los prestadores de servicios médicos pueden solicitar una autorización previa llamando al número de servicio al cliente en su tarjeta de asegurado o enviando un fax. También pueden usar nuestro servicio para prestadores de servicios médicos.

P. ¿Puedo continuar usando cupones de fabricantes o tarjetas de descuento con esta cobertura?

R. La ley federal les prohíbe a las personas que tienen cobertura de Medicare usar cupones u otros descuentos con su cobertura de la Parte D. Solo se pueden usar fuera de la cobertura de la Parte D.

P. ¿Se ofrecen recursos para ayudar con el alto costo de los medicamentos?

R. Se puede ofrecer ayuda financiera para cubrir los costos de los medicamentos recetados, como deducibles y copagos, a través del programa gubernamental de Subsidio por bajos ingresos, también conocido como Beneficio Adicional (Extra Help, en inglés). Puede solicitarlo en cualquier momento. Visite el sitio web del Seguro Social en www.ssa.gov/es, haga clic en "Medicare", y luego en "Apply for Part D Extra Help" (Solicitar el Beneficio Adicional de la Parte D).

P. ¿Tendré cobertura si viajo al extranjero?

R. El programa **Blue Cross Blue Shield Global® Core** les brinda a los asegurados que viajan fuera de los Estados Unidos y de sus territorios acceso a servicios de asistencia médica de urgencia y emergencia, a médicos y a hospitales en más de 200 países alrededor del mundo.

P. ¿Recibiré periódicamente un estado de cuenta de Medicare según la cobertura que seleccione?

R. Recibirá su Explicación de beneficios de la cobertura. La frecuencia con la que la reciba dependerá de la frecuencia con la que acuda a un prestador de servicios médicos o surta una receta médica. La Explicación de beneficios es un estado de cuenta, no una factura. Sencillamente detalla lo que ha pagado e indica el nivel de cobertura que ha recibido.

Nos honra que nos confíe su atención.

Estamos comprometidos a brindarle un servicio excepcional, conocimiento médico especializado y la comodidad que necesita.





¿Tiene preguntas sobre su cobertura grupal de Medicare para jubilados?

Hable con su administrador de beneficios o consulte los detalles en los documentos de la cobertura.

Es posible que se hayan usado herramientas de inteligencia artificial para generar o mejorar la(s) imagen(es).

Esta información no representa una descripción completa de los servicios médicos. Los prestadores de servicios médicos no tienen la obligación de atender a los asegurados de la cobertura, excepto en situaciones de emergencia. La lista de medicamentos y la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Healthy Activity Portal es un sitio web cuya propiedad y administración corresponden a HealthMine, Inc., una compañía independiente que tiene contrato con la aseguradora para proporcionar herramientas y servicios digitales de interacción clínica personal y para el cuidado de la salud a los asegurados a través de la cobertura. La aseguradora no recomienda, ni avala, ni garantiza a ningún proveedor, ni los productos o servicios que ofrecen.

SilverSneakers® es un programa de bienestar cuya propiedad y administración corresponden a Tivity Health, Inc., una compañía independiente.

Tivity Health y SilverSneakers® son marcas comerciales registradas o marcas comerciales de Tivity Health, Inc., o de sus subsidiarias o afiliadas en los EE. UU. u otros países.

Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC, contratos H0107 y H8634), y HCSC Insurance Services Company (HISC, contrato H1666), ofrecen las coberturas PPO disponibles como prestación laboral o través de sindicatos. HCSC e HISC son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. HCSC e HISC son organizaciones Medicare Advantage que tienen contratos con Medicare. La posibilidad de solicitar cobertura de estas pólizas depende de la renovación de los contratos.