

BCN AdvantageSM HMO-POS Community Value

Desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Evidencia de cobertura

Su cobertura de medicamentos recetados, servicios y beneficios médicos de Medicare como miembro de BCN Advantage Community Value (HMO-POS)

Este documento le brinda los detalles de su cobertura de medicamentos recetados y atención médica de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2024.

Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Si tiene alguna pregunta sobre este documento, llame al servicio de atención al cliente al 1-800-450-3680 para recibir información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre) con horarios de fin de semana de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo). Esta llamada es gratuita.

A este plan, BCN Advantage, lo ofrece Blue Care Network of Michigan. (Cuando esta Evidencia de cobertura dice "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a Blue Care Network of Michigan. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", se refiere a BCN Advantage).

Esta información está disponible en otros formatos, entre ellos, letra grande, CD o audios.

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Le avisaremos cuando sea necesario. Notificaremos a los inscritos afectados por los cambios con al menos 30 días de antelación.

En este documento, se explican sus beneficios y sus derechos. Use este documento para comprender lo siguiente:

- la prima y el costo compartido de su plan;
- sus beneficios médicos y de medicamentos recetados;
- cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o con el trato;
- cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y
- otras protecciones que exige la ley de Medicare.

H5883_24EOCCV_C NM 08282023

Aprobación de la OMB 0938-1051 (Vence el: 29 de febrero de 2024)



Confidence comes with every card.®

Planes de Medicare Advantage

BCN AdvantageSM ***HMO-POS***



**Blue Care
Network**
of Michigan

Medicare and more

Blue Care Network of Michigan is a nonprofit corporation and independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association.

Blue Care Network es una corporación independiente que opera con licencia de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.

La licencia le permite a Blue Care Network usar las marcas de servicios Blue Cross and Blue Shield en Michigan. Blue Care Network no es el representante de la Asociación. Ni la Asociación ni ninguna otra organización que use los nombres de marcas de Blue Cross o Blue Shield actúa como garante de las obligaciones de Blue Care Network.

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-565-1770. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-565-1770. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-565-1770。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-565-1770。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-565-1770. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-565-1770. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-565-1770 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-565-1770. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-565-1770 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-565-1770. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-565-1770. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-565-1770 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-565-1770. Un nostro incaricato che parla Italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-565-1770. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-565-1770. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-565-1770. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-565-1770 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

La discriminación es ilegal

Blue Cross Blue Shield of Michigan y Blue Care Network cumplen con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discriminan a ninguna persona sobre la base de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Blue Cross Blue Shield of Michigan y Blue Care Network tampoco excluyen a personas ni las tratan de forma diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.

Blue Cross Blue Shield of Michigan y Blue Care Network:

- Ofrecen ayuda y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, entre ellos, los siguientes:
 - intérpretes calificados de lengua de señas;
 - información escrita en otros formatos (letra grande, audios, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Ofrecen servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no es el inglés, entre ellos:
 - intérpretes calificados;
 - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de la Oficina de Derechos Civiles.

Si cree que Blue Cross Blue Shield of Michigan o Blue Care Network no le han suministrado estos servicios o han discriminado a una persona por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja por los siguientes medios:

Office of Civil Rights Coordinator
600 E. Lafayette Blvd.
MC 1302
Detroit, MI 48226
1-888-605-6461, TTY: 711
Fax: 1-866-559-0578
civilrights@bcbsm.com

Puede presentar una queja en persona, por correo, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda con el proceso para presentar una queja, la Oficina del Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja por derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica en el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>.

Evidencia de cobertura 2024

Índice

CAPÍTULO 1: <i>Su inicio como miembro</i>	5
SECCIÓN 1 Introducción.....	6
SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?	7
SECCIÓN 3 Materiales importantes que recibe como miembro	8
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de BCN Advantage Community Value.....	10
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual.....	14
SECCIÓN 6 Cómo mantener actualizados sus registros de membresía del plan.....	17
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....	17
CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	19
SECCIÓN 1 Contactos de BCN Advantage Community Value (cómo contactarse con nosotros, incluso con el servicio de atención al cliente)	20
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa Medicare Federal).....	25
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare).....	27
SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad	27
SECCIÓN 5 Seguro Social.....	28
SECCIÓN 6 Medicaid.....	29
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados	30
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro para Empleados Ferroviarios	33
SECCIÓN 9 ¿Tiene usted un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador?	34
CAPÍTULO 3: <i>Uso del plan para sus servicios médicos</i>	35
SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan.....	36
SECCIÓN 2 Atención médica con los proveedores de la red del plan	38
SECCIÓN 3 Cómo recibir los servicios cuando necesita atención de emergencia o urgencia o durante una catástrofe	44
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?.....	46
SECCIÓN 5 ¿De qué manera están cubiertos los servicios médicos al participar en un estudio de investigación clínica?	46
SECCIÓN 6 Normas para la cobertura de la atención en una institución religiosa sanitaria no médica	49
SECCIÓN 7 Reglas de propiedad del equipo médico duradero.....	50

CAPÍTULO 4: <i>Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)</i>.....	52
SECCIÓN 1 Explicación de los costos a su cargo por los servicios cubiertos	53
SECCIÓN 2 Use la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué está cubierto y cuánto deberá pagar	55
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?.....	136
CAPÍTULO 5: <i>Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D</i>.....	143
SECCIÓN 1 Introducción.....	144
SECCIÓN 2 Surta su receta médica en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedido por correo del plan	144
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar incluidos en la “Lista de medicamentos” del plan	149
SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos.....	151
SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted quisiera?	153
SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?	156
SECCIÓN 7 ¿Qué clases de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	158
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta.....	159
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....	160
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y la administración de los medicamentos....	161
CAPÍTULO 6: <i>Qué debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D</i> .	164
SECCIÓN 1 Introducción.....	165
SECCIÓN 2 El costo del medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en que se encuentra en el momento de comprar el medicamento	167
SECCIÓN 3 Le enviamos informes en los que se explican sus pagos de medicamentos y en qué etapa de pagos se encuentra	168
SECCIÓN 4 No hay deducible para BCN Advantage Community Value.....	169
SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo del medicamento y usted paga la suya	170
SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de brecha de cobertura	174
SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura de catástrofe, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D	175
SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene	175

CAPÍTULO 7: <i>Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>	179
SECCIÓN 1 Situaciones en las que puede pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los medicamentos o servicios cubiertos.....	180
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que ha recibido	182
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos si la aceptamos o no	183
CAPÍTULO 8: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>	185
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sus particularidades culturales como miembro del plan	186
SECCIÓN 2 Tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	198
CAPÍTULO 9: <i>Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)</i>	200
SECCIÓN 1 Introducción.....	201
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada.....	201
SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para solucionar su problema?	202
SECCIÓN 4 Guía sobre los conceptos básicos de las apelaciones y decisiones de la cobertura	203
SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	206
SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	214
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización prolongada si considera que le dan de alta demasiado pronto	224
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos tipos de servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto.....	231
SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al nivel 3 y a los niveles siguientes.....	238
SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio de Atención al Cliente y otras inquietudes.....	241
CAPÍTULO 10: <i>Cómo dar de baja su membresía en el plan</i>	246
SECCIÓN 1 ¿Cómo puede dar de baja su membresía en nuestro plan?	247
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede dar de baja su membresía en nuestro plan?	247
SECCIÓN 3 ¿Cómo puede dar de baja su membresía en nuestro plan?	250
SECCIÓN 4 Hasta que su membresía finalice, usted deberá seguir recibiendo los medicamentos, artículos y servicios médicos a través de nuestro plan.....	250
SECCIÓN 5 BCN Advantage Community Value debe dar de baja su membresía en el plan en determinadas situaciones	251

CAPÍTULO 11: Avisos legales	253
SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes.....	254
SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación	254
SECCIÓN 3 Aviso de derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare ...	254
SECCIÓN 4 Aviso adicional de subrogación y recuperación de terceros	255
CAPÍTULO 12: Definiciones de palabras importantes	257
ANEXO A Limitaciones en la cobertura de equipos médicos duraderos	272
Anexo A. Limitaciones en la cobertura de equipos médicos duraderos	273

CAPÍTULO 1:

Su inicio como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en BCN Advantage Community Value, un plan de Medicare HMO de punto de servicio

Usted tiene cobertura de Medicare y ha elegido recibir su cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare mediante nuestro plan, BCN Advantage Community Value. Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a los proveedores en este plan es distinto de los de Medicare Original.

BCN Advantage Community Value es un plan de Medicare Advantage HMO (HMO son las siglas en inglés de la Organización de Mantenimiento de la Salud) con una opción de punto de servicio (POS) aprobada por Medicare y administrada por una empresa privada. Punto de servicio significa que puede usar proveedores fuera de la red del plan por un costo adicional. (Consulte el Capítulo 3, Sección 2.4, si desea más información sobre el uso de la opción de punto de servicio).

La cobertura bajo este plan califica como cobertura de salud elegible (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS): www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿De qué se trata el documento *Evidencia de cobertura*?

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

Las expresiones *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren a los servicios y a la atención médica, y a los medicamentos recetados que tiene disponibles como miembro de BCN Advantage Community Value.

Es importante que conozca cuáles son las normas del plan y qué servicios tiene disponibles. Lo alentamos a tomarse un tiempo para revisar este documento de Evidencia de cobertura.

Si algo lo confunde o le preocupa, o si simplemente tiene una pregunta, comuníquese con servicio de atención al cliente.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre la cobertura de su atención con BCN Advantage Community Value. Otras partes de este contrato abarcan el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y todos los avisos

que reciba de nuestra parte sobre modificaciones en su cobertura o condiciones que afecten a su cobertura. Estos avisos se denominan en ocasiones *anexos* o *enmiendas*.

El contrato tiene vigencia durante los meses en los cuales esté inscrito en BCN Community Value entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer modificaciones a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos modificar los costos y los beneficios de BCN Advantage Community Value luego del 31 de diciembre de 2024. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan BCN Advantage Community Value todos los años. Puede seguir recibiendo cobertura de Medicare cada año como miembro de nuestro plan siempre que optemos por seguir ofreciendo el plan y que Medicare renueve la aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Será elegible como miembro de nuestro plan siempre que cumpla con los siguientes requisitos:

- Tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Y vive dentro de nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.2 más adelante describe nuestra área de servicio). Las personas encarceladas no se consideran dentro del área de servicio aun si se encuentran ubicadas allí físicamente.
- Y es ciudadano de los Estados Unidos o tiene residencia legal en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan BCN Advantage Community Value

BCN Advantage Community Value solo está disponible para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo dentro del área de servicio del plan. A continuación se describe el área de servicio.

Nuestra área de servicio abarca los siguientes condados en Michigan: Genesee, Livingston, Macomb, Oakland, St. Clair, Washtenaw y Wayne.

Si tiene previsto mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con el servicio de atención al cliente para averiguar si tiene un plan en la nueva área. Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.3 Residencia legal o ciudadanía estadounidense

Los miembros de un plan de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o tener residencia legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a BCN Advantage Community Value si usted no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo. BCN Advantage Community Value debe dar de baja su membresía si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes que recibe como miembro

Sección 3.1 Su tarjeta de miembro del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía siempre que obtenga los servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos recetados que obtiene en las farmacias de la red. Si corresponde, también debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid. Esta es una tarjeta de membresía de muestra para que vea cómo será la suya:

 Blue Care Network of Michigan BCN AdvantageSM	Members: bcbsm.com/medicare
Enrollee Name FIRST M LASTNAME JR	
Enrollee ID XXX888888888	Blue Care Network of MI A nonprofit corporation and independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association
Health Plan (80840) 9101000021	Customer Service: 800-450-3680 TTY/TDD: 711
Group Number 12345	Use of this card is subject to terms of applicable contracts, conditions and user agreements. Medicare limiting charges apply.
 HMO-POS	Providers outside of Michigan, file claims with your local plan.
 Medicare ^R Prescription Drug Coverage	Mail Pharmacy claims to: BCN Advantage P.O. Box 68753 Grand Rapids, MI 49516-8753
	Mail Provider claims to: BCN Advantage P.O. Box 68753 Grand Rapids, MI 49516-8753
	Misuse may result in prosecution. If you suspect fraud: 888-650-8136
	To locate participating providers outside of Michigan: 800-810-2583
	Mental health/substance abuse treatment: 800-431-1059
	Dental/Vision/Hearing inquiries: 800-450-3680
	Professional services: 800-344-8525
	Facility services: 800-249-5103
	Medical authorizations: 800-392-2512
	Rx prior authorizations: 800-437-3803
	Pharmacy services: 800-922-1557

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de membresía de BCN Advantage Community Value, es posible que usted deba pagar la totalidad de los costos de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es probable que tenga que mostrarla si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o si participa en estudios de investigación (también conocidos como ensayos clínicos) aprobados por Medicare.

Si se daña o se pierde su tarjeta de membresía del plan, o si se la roban, llame de inmediato al servicio de atención al cliente y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 **Directorio de proveedores/farmacias**

El *Directorio de proveedores/farmacias* enumera los proveedores, incluidos los proveedores de equipos médicos duraderos, que se encuentran actualmente dentro de nuestra red. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago completo.

Debe usar los proveedores de la red para obtener la atención y los servicios médicos. Si acude a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar el costo total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no sea razonable o posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área de servicio y los casos en los que BCN Advantage Community Value autorice el uso de proveedores fuera de la red.

Si necesita recibir atención cuando está viajando fuera de Michigan pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios, puede tener acceso al beneficio del tipo “Punto de servicio” (POS) que se ofrece a través de la red nacional de Blue Plan Providers mediante Blue Cross and Blue Shield Association. Los miembros de BCN Advantage Community Value que viajen fuera de los Estados Unidos y sus territorios pueden recibir atención de emergencia o de urgencia mediante Blue Cross Blue Shield Global Core™. Puede visitar www.bcbsglobalcore.com para encontrar médicos y hospitales que participen con Blue Cross. Los servicios, entre ellos los servicios de diálisis, en los territorios estadounidenses solo están cubiertos si se atiende con un proveedor aprobado por Medicare. Los EE. UU. incluyen el Distrito de Columbia, Puerto Rico, Islas Vírgenes de los EE. UU., Guam, Samoa Americana y las Islas Marianas del Norte.

La lista más reciente de los proveedores está en nuestro sitio web en www.bcbsm.com/providersmedicare.

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores/farmacias*, puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) al servicio de atención al cliente. Los pedidos de copias impresas del *Directorio de proveedores/farmacias* se enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles.

Sección 3.3 **Directorio de proveedores/farmacias**

En el *Directorio de proveedores/farmacias*, encontrará una lista de las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que aceptan surtir las recetas cubiertas de los miembros de nuestro plan. Puede usar el *Directorio de proveedores/farmacias* para buscar la farmacia de la red que desee usar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no estén dentro de la red del plan.

El *Directorio de proveedores/farmacias* también le indica qué farmacias de nuestra red tienen costos compartidos preferidos, que pueden ser menores que los costos compartidos estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene el *Directorio de proveedores/farmacias*, puede solicitar una copia al servicio de atención al cliente. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.bcbsm.com/pharmaciesmedicare.

Sección 3.4 Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. La denominamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D que incluye BCN Advantage Community Value. El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la “Lista de medicamentos” de BCN Advantage Community Value.

La “Lista de medicamentos” también le informa si existe alguna norma que limite la cobertura de sus medicamentos.

Le brindaremos una copia de la “Lista de medicamentos”. Para obtener la información más completa y actual sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.bcbsm.com/medicare) o llamar a servicio de atención al cliente.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de BCN Advantage Community Value

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- la prima del plan (Sección 4.1)
- la prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- la prima por beneficios complementarios opcionales (Sección 4.3)
- la multa por inscripción tardía en la Parte D (Sección 4.4)
- el monto de ajuste mensual por ingresos (Sección 4.5)

En algunas situaciones, la prima del plan podría ser menor

El programa de “ayuda adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. En el Capítulo 2, Sección 7 encontrará más información sobre este programa. Si califica, la inscripción en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y recibe ayuda de alguno de estos programas, **la información sobre las primas que se menciona en esta *Evidencia de cobertura* no se aplica en su caso**. Le hemos enviado un folleto que llamamos *Anexo de la evidencia de cobertura para personas que obtienen ayuda adicional para el pago de los medicamentos recetados* (conocido también como Anexo de subsidio por bajos ingresos o Anexo LIS), que habla de su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame al servicio de atención al cliente y pida el Anexo LIS.

Las primas de Medicare Parte B y Parte D son distintas para personas con diferentes ingresos. Si tiene alguna pregunta sobre estas primas, consulte su ejemplar del manual *Medicare y usted 2024*, en la sección titulada *Costos de Medicare de 2024*. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede pedir un ejemplar impreso por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. La siguiente tabla le muestra el monto de la prima mensual del plan para cada región de servicio.

Región	BCN Advantage Community Value
Región 1 Genesee, Livingston y St. Clair	\$17
Región 2 Macomb, Oakland, Washtenaw y Wayne	\$17
Paquete complementario opcional de servicios dentales y de la vista	
Disponible en todas las regiones	\$20.30

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, **debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.** Esto incluye la prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Prima por beneficios complementarios opcionales

Si se inscribió para recibir beneficios adicionales, también llamados *beneficios complementarios opcionales*, entonces pagará una prima adicional todos los meses por estos beneficios adicionales. Para más detalles, consulte el Capítulo 4, Sección 2.2. El monto de la prima para los beneficios complementarios opcionales es de \$20.30 por mes.

Sección 4.4 Multa por inscripción tardía en la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** en la Parte D. La multa por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que debe pagar para tener la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que finalizara su período de inscripción inicial, hubo

un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tuvo la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos recetados. Una cobertura válida para medicamentos recetados es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que pagará, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. El costo de esta multa depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura válida para medicamentos recetados. Tendrá que pagar esta multa durante el tiempo que tenga cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se añade a su prima mensual. La primera vez que se inscribe en BCN Advantage Community Value, le informaremos el monto de la multa. Si no paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder los beneficios de medicamentos recetados.

No tiene que pagarla en las siguientes circunstancias:

- Recibe “ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Han pasado menos de 63 días consecutivos sin tener una cobertura válida.
- Ha tenido otra cobertura válida para medicamentos por otro medio, como un empleador o sindicato anterior, TRICARE o el Departamento de Asuntos de los Veteranos. El asegurador o el Departamento de Recursos Humanos le indicará cada año si la cobertura de medicamentos es una cobertura válida. Puede que reciba esta información en una carta o que esté incluida en un boletín informativo del plan. Guarde esta información, ya que podría necesitarla más adelante si se afilia a un plan de medicamentos de Medicare.
 - **Nota:** Cualquier aviso debe afirmar que usted tenía una cobertura válida para medicamentos recetados que esperaba que pague la misma cantidad que paga el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
 - **Nota:** Las siguientes *no* son coberturas válidas de medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuento para medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. Funciona así:

- Si pasaron 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura para medicamentos recetados después de llegar a ser elegible para inscribirse en la Parte D, el plan contará los meses completos que no tuvo cobertura. La multa es el 1% por cada mes que no tuvo una cobertura válida. Por ejemplo, si estuvo 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 la nación del año anterior. Para 2024, ese monto promedio de primas es de \$34.70.
- Para calcular la multa mensual, multiplique el porcentaje de la prima y la prima mensual promedio y luego redondéela a la decena de centavos más próxima. En el ejemplo mencionado, sería \$34.70 por el 14%, que equivale a \$4.86. Esto se redondea a \$4.90. Este monto se añadiría **a la prima mensual de alguien con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Cabe mencionar tres cuestiones importantes acerca de esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D.

- En primer lugar, **la multa puede cambiar todos los años**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar todos los años.
- Segundo, **usted continuará pagando una multa** todos los meses durante el tiempo en que esté afiliado en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si usted tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía volverá a cero cuando usted cumpla 65. Después de los 65, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solamente en los meses que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para la tercera edad con Medicare.

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

Importante: No deje de pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera que se revise la decisión sobre esta multa. Si lo hace, podría dársele de baja por no pagar las primas del plan.

Sección 4.5 Monto de ajuste mensual por ingresos

Es posible que se exija que algunos miembros paguen un cargo adicional, conocido como el monto de ajuste mensual por ingresos, o IRMAA. El cargo adicional se calcula usando sus ingresos brutos ajustados modificados según lo que informó en la declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto supera una cantidad determinada, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Si desea más información acerca del monto adicional que podría tener que pagar en función de sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta para informarle cuál será el monto adicional. El monto adicional se retendrá del Seguro Social, de la Junta de Retiro para Empleados Ferroviarios o del cheque de beneficios de la Oficina de Gestión del Personal, sin importar de qué manera suele pagar la prima de su plan, a menos que el beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual de su plan. Si no paga el monto adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura para medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con pagar un monto adicional, puede pedirle al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Puede pagar la prima del plan de varias maneras

Hay cinco maneras de pagar la prima del plan.

Opción 1: pagar con cheque

Puede optar por pagar la prima mensual del plan o la multa por inscripción tardía directamente a nuestro plan. Le enviaremos una factura todos los meses. Envíe su cheque, cheque de caja o giro postal por correo a **nombre de Blue Care Network** de modo que nos llegue el primer día de cada mes. No deben hacerse los cheques a nombre de CMS o HHS. No aceptamos pagos en efectivo por correo. Incluya su pago y el vale que está en la parte inferior de la factura en el sobre de retorno y envíelo por correo a la siguiente dirección:

Blue Care Network
P.O. Box 33608
Detroit, MI 48232-5608

Tenga presente que si tiene tanto una prima del plan como una multa por inscripción tardía, debe usar el mismo método para ambos pagos.

Opción 2: Puede pagar en línea

Puede pagar la prima mensual del plan o la multa por inscripción tardía de la Parte D con eBilling, una opción de pago en línea segura y sencilla. Con eBilling puede:

- Pagar las facturas en línea en cualquier momento, a través de nuestro seguro portal web.
- Establecer pagos automáticos por única vez o recurrentes desde su cuenta bancaria.
- Hacer pagos mensuales con tarjeta de crédito o débito recurrentes o por única vez.
- Recibir un aviso por correo electrónico cuando haya una nueva factura disponible.
- Ver su historial de pagos.

Una vez que se inscriba en eBilling, le enviaremos las facturas por correo electrónico y ya no recibirá los resúmenes de pago en papel por correo postal. Para obtener más información sobre cómo pagar la prima de BCN Advantage Community Value en línea, visite www.bcbsm.com/ebilling. O puede empezar accediendo a su cuenta en www.bcbsm.com. Podrá ver *Pay My Premium* (Pagar la prima) en la columna de la derecha. Haga clic en el enlace y siga las instrucciones para comenzar.

En el caso de los pagos por única vez, espere entre dos y tres días hábiles para que se procesen. Las extracciones automáticas se pueden establecer hasta las 5 p.m. hora del este del quinto día del mes por el importe total debido.

También puede cancelar el pago en línea de las facturas. Para eso, siga los pasos que se indican en el sitio. No hay tarifas adicionales independientemente del método de pago.

Opción 3: Puede pagar por teléfono

Puede hacer pagos mensuales por única vez llamando al número de Servicio de Atención al Cliente que está en la contraportada de este documento.

Deberá ingresar:

- Su número de grupo de 8 dígitos y su identificación de afiliado de 9 dígitos. Ambos se encuentran en su tarjeta de membresía seguidos del signo #.
- La información de su tarjeta de crédito o débito y el código postal de facturación.
- O
- La información de su caja de ahorros o cuenta corriente (necesitará el número de ruta bancaria y el número de cuenta).

Los pagos con tarjeta de crédito que se realizan por teléfono se procesan el siguiente día hábil. Espere entre uno o dos días hábiles para que se procesen los pagos de cuentas bancarias.

Opción 4: Puede pagar por débito automático

Puede configurar el pago de la prima mensual del plan o la multa por inscripción tardía por débito automático de su cuenta bancaria. Puede pedirle a su banco que la configure. Tendrá que darle al banco el número de cuenta de 17 dígitos de la factura mensual.

Como alternativa, nosotros podemos configurarla. Tan solo complete un formulario de *Acuerdo de autorización para pagos automáticos* y envíelo por correo postal para que se debite su prima mensual o multa por inscripción tardía directamente de su caja de ahorros o cuenta corriente. Puede solicitar este formulario llamando al número de Servicio de Atención al Cliente que está en la contraportada de este documento. Las solicitudes recibidas hasta el 15 del mes tendrán efecto el mes siguiente. Las extracciones se realizan el quinto día de cada mes. Usted será responsable de los pagos que se venzan antes de que comience el débito automático. Para cancelar el pago automático, una vez que está vigente, notifique por escrito a BCN Advantage Community Value al menos 10 días antes de que finalice el mes o comuníquese con el servicio de atención al cliente.

Opción 5: hacer que se descuente la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social

Puede hacer que se reste la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicio de Atención al Cliente para obtener más información sobre cómo pagar la prima mensual del plan de esta manera. Para nosotros será un placer ayudarlo a configurarlo.

Cómo cambiar la manera en que paga la prima del plan. Si decide modificar la opción que usa para pagar la prima, pueden pasar hasta tres meses para que el nuevo método de pago entre en vigor. Mientras estemos procesando su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima del plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, puede comunicarse con servicio de atención al cliente a fin de seleccionar o modificar su método preferido de pago.

Qué hacer si tiene algún problema para pagar la prima del plan

La prima del plan se deberá pagar en nuestra oficina antes del 1 de cada mes. Si no recibimos el pago antes del 6 de cada mes, le enviaremos un aviso para indicarle que la membresía del plan finalizará si no recibimos la prima en un plazo de 2 meses calendario. Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.

Si tiene algún problema para pagar la prima a tiempo, comuníquese con el servicio de atención al cliente para ver si podemos dirigirlo a algún programa que lo ayude con los costos.

Si damos de baja su membresía porque no pagó la prima, tendrá la cobertura de salud de Medicare Original. Además, es posible que no reciba la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el período anual de inscripción. (Si no tiene una cobertura de medicamentos válida durante más de 63 días, podría tener que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga cobertura de la Parte D).

En el momento en que damos de baja su membresía, todavía nos deberá las primas que no haya pagado. Tenemos derecho a solicitar el pago adeudado.

Si considera que dimos de baja su membresía por error, puede presentar una queja (también denominada queja formal); consulte el Capítulo 9 que trata cómo presentar una queja. Si vivió una situación de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar la prima de su plan dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de las quejas, volveremos a revisar nuestra decisión.

En el Capítulo 9, Sección 10 de este documento, se explica cómo presentar una queja, o puede llamarnos al 1-800-450-3680 de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este, de lunes a viernes con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar su solicitud no más de 60 días después de la fecha de baja de su membresía.

Sección 5.2 ¿Se puede cambiar la prima mensual del plan durante el año?

No. No se nos permite cambiar el monto que cobramos por una prima mensual del plan en el transcurso del año. Si la prima mensual del plan cambiara el año siguiente, le informaremos en septiembre, y el cambio tendrá efecto el 1 de enero.

Sin embargo, hay casos en los que la parte de la prima que usted paga puede cambiar en el transcurso del año. Esto pasa si llega a ser elegible para el programa de “ayuda adicional” o si pierde la elegibilidad para este programa en el transcurso del año. Si un miembro califica para la “ayuda adicional” con los costos de los medicamentos recetados, el programa de “ayuda adicional” pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que pierde la elegibilidad en el transcurso del año tendrá que empezar a pagar la prima mensual completa. Puede encontrar más información acerca del programa de “ayuda adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Cómo mantener actualizados sus registros de membresía del plan

Su registro de membresía contiene información obtenida de su formulario de inscripción, que incluye su dirección y número de teléfono. Muestra su cobertura específica del plan incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, los hospitales, las farmacias y otros proveedores de la red del plan necesitan tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuáles son los montos de costos compartidos que le corresponden.** Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada. Una red es un grupo de proveedores o farmacias que tienen un contrato o acuerdo con nuestra organización para ofrecer el paquete de beneficios aprobado por los CMS.

Infórmenos de los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o de su pareja de hecho, de indemnización de trabajadores o de Medicaid).
- Si tiene algún reclamo de responsabilidad, por ejemplo, reclamos por un accidente automovilístico.
- Si ingresa en un asilo de ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable asignada (por ejemplo, un cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No tiene la obligación de contarle al plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si hay algún cambio en esta información, comuníquelos llamando al servicio de atención al cliente.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

Medicare exige que recopilemos información sobre usted acerca de otras coberturas de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto es porque debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios de nuestro plan. Se lo conoce como **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Repase esta información en detalle. Si es correcta, no tiene que hacer nada. Si la información no es correcta, o si tiene otra cobertura que no se menciona, llame al servicio de atención al cliente. Es posible que deba dar el número de identificación de miembro del plan a sus otros aseguradores (una vez que haya confirmado su identidad) de modo que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (por ejemplo, una cobertura de salud grupal de su empleador), existen normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina pagador primario y paga hasta los límites de esa cobertura. El que paga en segundo lugar, denominado pagador secundario, solo paga si hay costos no cubiertos por el pagador primario. El pagador secundario podría no pagar la totalidad de los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, infórmele a su médico, al hospital y a la farmacia.

Las siguientes normas aplican a la cobertura de un plan de salud grupal de un empleador o un sindicato:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura del plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de un familiar suyo, quién paga primero dependerá de su edad, de la cantidad de personas empleadas y de si tiene Medicare por edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD).
 - Si tiene menos de 65 años y tiene alguna discapacidad y usted o su familiar aún trabajan, el plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tenga más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge o su pareja de hecho aún trabajan, el plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tenga más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare porque tiene ESRD, su plan de salud grupal pagará primero los primeros 30 meses una vez que sea elegible para Medicare.

Los siguientes tipos de cobertura suelen pagar primero los servicios relacionados con el tipo correspondiente:

- Seguro de responsabilidad pública (incluido el seguro automotor)
- Seguro de responsabilidad civil (incluido el seguro automotor)
- Beneficios por pulmón negro
- Indemnización de trabajadores

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

CAPÍTULO 2:

*Números de teléfono y
recursos importantes*

SECCIÓN 1 Contactos de BCN Advantage Community Value (cómo contactarse con nosotros, incluso con el servicio de atención al cliente)

Cómo contactarse con el Servicio de Atención al Cliente de nuestro plan

Si necesita ayuda con las reclamaciones o la facturación, o tiene dudas sobre la tarjeta de identificación de miembro, llame o escriba al servicio de atención al cliente de BCN Advantage Community Value. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Servicio de Atención al Cliente: información de contacto
LLAME AL	1-800-450-3680 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (hora del este) con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Algunos servicios están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana, a través de nuestro sistema automático de respuesta telefónica. El Servicio de Atención al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (hora del este) con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo.
FAX	1-866-364-0080
ESCRIBA A	BCN Advantage Community Value Mail Code C225 P.O. Box 5043 Southfield, MI 48086-5043
SITIO WEB	www.bcbsm.com/medicare

Cómo contactarse con nosotros cuando necesita solicitar una decisión de cobertura o una apelación relacionadas con su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o al monto que pagaremos por los servicios médicos o los medicamentos recetados de la Parte D que usted reciba. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Si desea obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones en relación con la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de cobertura para atención médica: información de contacto
LLAME AL	<p>1-800-450-3680</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (hora del este) con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo.</p> <p>Algunos servicios están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana, a través de nuestro sistema automático de respuesta telefónica.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (hora del este) con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo.</p>
ESCRIBA A	<p>BCN Advantage Care Management Unit Mail Code C336 Blue Care Network P.O. Box 5043 Southfield, MI 48086-5043</p>
SITIO WEB	www.bcbsm.com/complaintsmedicare

Método	Decisiones de cobertura en relación con los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	<p>1-800-450-3680</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (hora del este) con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo.</p> <p>Algunos servicios están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana, a través de nuestro sistema automático de respuesta telefónica.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (hora del este) con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo.</p>
FAX	1-866-601-4428
ESCRIBA A	<p>Blue Care Network Clinical Pharmacy Help Desk Mail Code TC - 1408 P.O. Box 807 Southfield, MI 48037</p>
SITIO WEB	www.bcbsm.com/complaintsmedicare

Método	Apelaciones relacionadas con la atención médica: información de contacto
LLAME AL	<p>1-800-450-3680</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (hora del este) con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo.</p> <p>Algunos servicios están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana, a través de nuestro sistema automático de respuesta telefónica.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (hora del este) con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo.</p>
FAX	1-866-522-7345
ESCRIBA A	<p>BCN Advantage Appeals & Grievance Unit Mail Code C248 Blue Care Network P.O. Box 284 Southfield, MI 48037-9887</p>
SITIO WEB	www.bcbsm.com/complaintsmedicare

Método	Apelaciones en relación con los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	<p>1-800-450-3680</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (hora del este) con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo.</p> <p>Algunos servicios están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana, a través de nuestro sistema automático de respuesta telefónica.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (hora del este) con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo.</p>
FAX	1-866-601-4428
ESCRIBA A	<p>Blue Care Network Clinical Pharmacy Help Desk Mail Code TC - 1408 P.O. Box 807 Southfield, MI 48037</p>

Método	Apelaciones en relación con los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
SITIO WEB	www.bcbsm.com/complaintsmedicare

Cómo contactarse con nosotros cuando necesita presentar una queja en relación con su atención médica

Usted puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red; eso incluye quejas relacionadas con la calidad de la atención recibida. Este tipo de quejas no tiene que ver con las disputas de cobertura ni de pagos. Si desea obtener más información sobre cómo presentar una queja en relación con su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas respecto de la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-800-450-3680 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (hora del este) con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Algunos servicios están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana, a través de nuestro sistema automático de respuesta telefónica.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (hora del este) con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo.
FAX	1-866-522-7345
ESCRIBA A	BCN Advantage Appeals & Grievance Unit Mail Code C248 Blue Care Network P.O. Box 284 Southfield, MI 48037-9887
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre BCN Advantage Community Value directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Método	Quejas en relación con los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-800-450-3680 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (hora del este) con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Algunos servicios están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana, a través de nuestro sistema automático de respuesta telefónica.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (hora del este) con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo.
FAX	1-866-601-4428
ESCRIBA A	Blue Care Network Clinical Pharmacy Help Desk Mail Code: TC - 1408 P.O. Box 807 Southfield, MI 48037
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre BCN Advantage Community Value directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar una solicitud de pago de la parte de los costos que nos corresponde de la atención médica o de medicamentos que usted haya recibido

Si recibió una factura o pagó por servicios (por ejemplo, la factura de un proveedor) que considera que deberíamos pagar, es posible que tenga que solicitarnos que le demos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta: Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, usted puede apelar nuestra decisión. Si desea obtener más información, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
LLAME AL	1-800-450-3680 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (hora del este) con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo.

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (hora del este) con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo.
ESCRIBA A	Para servicios médicos: BCN Advantage Blue Care Network P.O. Box 68753 Grand Rapids, MI 49516-8753 Para medicamentos recetados: Optum Rx P.O. Box 650287 Dallas, TX 75265
SITIO WEB	Formulario médico disponible en: www.bcbsm.com/content/dam/microsites/medicare/documents/bcna-member-claim-reimbursement-form.pdf Formulario de medicamentos recetados disponible en www.bcbsm.com/content/dam/microsites/medicare/documents/prescription-drug-claims-form.pdf

SECCIÓN 2 Medicare

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

Medicare es el programa federal de seguro de salud para las personas de 65 años en adelante, algunas personas menores de 65 años con discapacidades, y personas con enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal que tiene a su cargo Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (en ocasiones llamados CMS). Esta agencia establece contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Método	Medicare: información de contacto
TTY	<p>1-877-486-2048</p> <p>Este número requiere un equipo especial de telefonía y es solo para personas con problemas auditivos o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
SITIO WEB	<p>www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial de Medicare. Le ofrece información actualizada sobre Medicare y sus temas de actualidad. También contiene información sobre hospitales, asilos de ancianos, médicos, agencias de atención médica en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p>En el sitio web de Medicare también encontrará información detallada acerca de su elegibilidad y sus opciones de inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad para Medicare: Ofrece información sobre la situación de elegibilidad para Medicare.• Buscador de planes de Medicare: Ofrece información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguro complementario de Medicare) dentro de su área. Estas herramientas proporcionan una <i>estimación</i> de lo que podrían ser los costos a su cargo en diferentes planes de Medicare. <p>También puede usar el sitio web para comunicar a Medicare cualquier queja que usted tenga en relación con BCN Advantage Community Value:</p> <ul style="list-style-type: none">• Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre BCN Advantage Community Value directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare tomará sus quejas con seriedad y utilizará esa información para mejorar la calidad del programa Medicare. <p>Si no tiene una computadora, quizá pueda ingresar a este sitio web usando la computadora de la biblioteca o del centro para personas mayores de su localidad. O puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Buscarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Michigan, el SHIP recibe el nombre de Programa de ayuda para Medicare y Medicaid de Michigan.

El Programa de ayuda para Medicare y Medicaid de Michigan es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna empresa de seguro ni plan de salud) que recibe dinero del Gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito y local sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del Programa de ayuda para Medicare y Medicaid de Michigan pueden ayudarlo a comprender sus derechos en Medicare, a presentar quejas relacionadas con la atención médica o el tratamiento que haya recibido y a resolver problemas que tenga con sus facturas de Medicare. También pueden ayudarlo con las dudas o los problemas que tenga relacionados con Medicare y explicarle cuáles son sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO DE ACCESO A SHIP Y A OTROS RECURSOS:
--

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Visite www.shiphelp.org (Haga clic en SHIP LOCATOR a mitad de página)• Seleccione su ESTADO en la lista. Lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos de su estado. |
|---|

Método	Programa de ayuda para Medicare y Medicaid de Michigan: información de contacto
LLAME AL	1-800-803-7174
TTY	711
ESCRIBA A	Michigan Medicare/Medicaid Assistance Program 6105 West St. Joseph Hwy., Suite 204 Lansing, MI 48917-4850
SITIO WEB	www.mmapinc.org

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad

Hay una Organización para la Mejora de la Calidad designada en cada estado para atender a los beneficiarios de Medicare. En el caso de Michigan, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Livanta.

Livanta cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes Medicare les paga para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare y ayudar a mejorarla. Livanta es una organización independiente. No está conectada con nuestro plan.

Debe ponerse en contacto con Livanta si se encuentra en alguna de estas situaciones:

- Tiene una queja en relación con la calidad de la atención que recibió.
- Cree que la cobertura de su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Cree que la cobertura de su atención médica en el hogar, de su atención en un centro de enfermería especializada o los servicios que le presta un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) terminan demasiado rápido.

Método	Livanta (Organización para la Mejora de la Calidad de Michigan): información de contacto
LLAME AL	1-888-524-9900 De lunes a viernes: de 9 a.m. a 5 p.m. (hora local) Sábados y domingos: de 11 a.m. a 3 p.m. (hora local)
TTY	1-888-985-8775 De lunes a viernes: de 9 a.m. a 5 p.m. (hora local) Sábados y domingos: de 11 a.m. a 3 p.m. (hora local) Este número requiere un equipo especial de telefonía y es solo para personas con problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	www.livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

Es responsabilidad del Seguro Social determinar la elegibilidad y gestionar la inscripción para Medicare. Son elegibles para Medicare los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años en adelante, o que tengan una discapacidad o sufran enfermedad renal terminal y reúnan ciertos requisitos. Si usted ya está recibiendo cheques del Seguro Social, su inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar o concurrir a la oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también tiene la responsabilidad de determinar quién debe pagar un monto extra por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que cuenta con un ingreso mayor.

Si recibió una carta del Seguro Social en la que se le informa que debe pagar el monto extra y tiene dudas acerca de ese monto o si su ingreso se redujo debido a algún acontecimiento que cambió su vida, puede llamar al Seguro Social para pedir que se lo reconsidere.

Si se muda o cambia su dirección de correo, es importante que lo notifique al Seguro Social.

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m. Para obtener información grabada y realizar algunos trámites, puede usar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo especial de telefonía y es solo para personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 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 federal y estatal que ayuda a algunas personas con ingresos y recursos escasos a pagar los costos médicos. Algunas de las personas que tienen Medicare también son elegibles para obtener la ayuda 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 ahorro de Medicare** incluyen lo siguiente:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Este programa ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas de las personas que tienen QMB también son elegibles para obtener los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare especificado de bajos ingresos (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas de las personas que tienen SLMB también son elegibles para obtener los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que califica (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (QDWI, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Si desea obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con el Departamento de Salud Comunitaria de Michigan, Administración de Servicios Médicos.

Método	Departamento de Salud Comunitaria de Michigan, Administración de Servicios Médicos: información de contacto
LLAME AL	1-800-642-3195 De lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m., hora del este
ESCRIBA A	Michigan Department of Health and Human Services 333 S. Grand Ave P.O. Box 30195 Lansing, MI 48909
SITIO WEB	www.michigan.gov/mdhhs

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

El sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) brinda información sobre cómo disminuir los costos de los medicamentos recetados. Las personas con ingresos limitados también tienen disponibles otros programas de asistencia, que se describen a continuación.

Programa de “ayuda adicional” de Medicare

Medicare proporciona “ayuda adicional” para pagar los costos de medicamentos recetados a personas con ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su auto. Si califica, usted obtiene ayuda para pagar la prima mensual de cualquier plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de medicamentos recetados. Esta “ayuda adicional” también se tiene en cuenta para calcular los costos a su cargo.

Si califica automáticamente para la “ayuda adicional”, Medicare le enviará una carta por correo postal. No tendrá que hacer una solicitud. Si no califica automáticamente, es posible que pueda recibir “ayuda adicional” para pagar sus primas y costos de medicamentos recetados. Para averiguar si califica para obtener “ayuda adicional”, llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- A la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, entre las 8 a.m. y las 7 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o a la
- Oficina de Medicaid del Estado (solicitudes). (Consulte la Sección 6 de este capítulo para ver la información de contacto).

Si cree que califica para obtener “ayuda adicional” y que está pagando un monto incorrecto en los costos compartidos cuando obtiene los medicamentos recetados en la farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso que le permite solicitar ayuda para obtener evidencia de su nivel correcto de copago o, si ya cuenta con la evidencia, de hacérsela llegar.

Si necesita ayuda para solicitar la “ayuda adicional”:

Comuníquese con My Advocate (Mi defensoría), llamando al 1-866-631-5967 (TTY 1-877-644-3244), de lunes a viernes, de 9 a.m. a 11 p.m., para pedir ayuda para solicitar “ayuda adicional”.

Si tiene su evidencia:

- **Si está en la farmacia**, puede entregar una de las siguientes formas de prueba para obtener un nivel menor de costos compartidos en el punto de venta:
 1. Las personas que no se consideraron elegibles, pero que presentan la solicitud y se los encuentra elegibles para LIS pueden entregar una copia de la carta de adjudicación de la Administración del Seguro Social.
 2. Las personas que tienen Medicaid necesitarán confirmar su condición de activo entregando al menos una de las siguientes formas de prueba, **cuya fecha no debe ser anterior al 1 de julio del año calendario previo**:
 - Copia de la tarjeta de identificación del miembro de Medicaid que incluya su nombre y fecha de elegibilidad.
 - Copia del documento estatal que confirme su condición de activo en Medicaid.
 - Una copia impresa de la inscripción electrónica estatal en la que conste la situación respecto de Medicaid.
 - Una impresión de pantalla del sistema estatal de Medicaid en la que conste la situación respecto de Medicaid.
 - Otra documentación provista por el estado en la que conste la situación respecto de Medicaid.
 - Una derivación de un centro de atención a largo plazo en la que conste el pago de Medicaid por un mes calendario completo para esa persona.
 - Una copia de un documento estatal en la que conste el pago de Medicaid al centro de atención a largo plazo en nombre de esta persona por un mes calendario completo.
 - Una impresión de pantalla de los sistemas estatales de Medicaid en la que conste la situación institucional de la persona a partir de, por lo menos, la estadía de un mes calendario completo, a los fines del pago de Medicaid.
 - Un aviso de adjudicación del ingreso de seguridad suplementario (SSI) con fecha vigente.
 - Una carta de Información importante de la Administración del Seguro Social (SSA) en la que conste que el miembro es “automáticamente elegible para la ayuda adicional”.

- **Si usted no está en la farmacia** o no puede entregar una de las formas de prueba mencionadas anteriormente, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.
 - Cuando recibamos la prueba de su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema de manera que usted pueda pagar el copago correcto cuando le surtan la próxima receta en la farmacia. Si paga en exceso por su copago, le reembolsaremos el dinero. O bien le enviaremos un cheque por el monto que pagó en exceso o se lo descontaremos de copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y ese copago permanece como una deuda suya, nosotros pagaremos directamente a la farmacia. Si el estado paga en su nombre, haremos el pago directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el servicio de atención al cliente.

¿Qué sucede si usted está cubierto por un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP)? ¿Qué es un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles que tienen el VIH/SIDA para que puedan acceder a los medicamentos para el VIH que le salvarán la vida. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP califican para una ayuda con los costos compartidos de medicamentos recetados a través del Programa de asistencia para medicamentos de Michigan (MIDAP).

Nota: Para ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida la prueba de residencia en el estado y de su condición de paciente con VIH, bajos ingresos según la definición del estado y no tener seguro o estar subaseguradas. Si cambia de plan, notifique al encargado local de inscripción del ADAP para seguir recibiendo la asistencia. Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-888-826-6565.

Método	MIDAP: información de contacto
LLAME AL	Si desea obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, comuníquese con las Agencias de administración de casos de VIH, Departamentos de Salud locales, o llame al MIDAP, al 1-888-826-6565 De lunes a viernes de 9 a.m. a 5 p.m. hora del este
FAX	(Ayuda con las primas): 1-517-335-7723
ESCRIBA A	Attn: Michigan Drug Assistance Program HIV Care Section Division of HIV/STI Programs, Client and Partner Services Bureau of HIV and STI Programs Michigan Department of Health and Human Services P.O. Box 30727 Lansing, MI 48909
SITIO WEB	www.michigan.gov/mdhhs/keep-mi-healthy/chronicdiseases/hivsti/michigan-drug-assistance-program

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro para Empleados Ferroviarios

La Junta de Retiro para Empleados Ferroviarios (RRB) es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si usted recibe Medicare a través de la Junta de Retiro para Empleados Ferroviarios, es importante que les avise si se muda o cambia su dirección de correo. Si tiene preguntas sobre los beneficios que le corresponden de la Junta de Retiro para Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Retiro para Empleados Ferroviarios: información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, podrá 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. Si presiona “1”, podrá acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo especial de telefonía y es solo para personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene usted un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador?

Si, como parte de este plan, usted (o su cónyuge o su pareja de hecho) reciben beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o su pareja de hecho) y tiene alguna duda, puede llamar al administrador de los beneficios del empleador/sindicato o a servicio de atención al cliente. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción que le ofrece su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o su pareja de hecho). (Los números de teléfono de servicio de atención al cliente están impresos en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) para preguntar acerca de la cobertura de Medicare bajo este plan.

Si cuenta con otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o su pareja de hecho), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios podrá ayudarlo a determinar cómo funcionará con nuestro plan su cobertura actual de medicamentos recetados.

CAPÍTULO 3:

*Uso del plan para sus
servicios médicos*

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo se explica lo que debe saber sobre el uso del plan para recibir cobertura de la atención médica. Se incluyen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá seguir para recibir los tratamientos, servicios y equipos médicos, los medicamentos recetados y otra clase de atención médica cubierta por el plan.

Para conocer los detalles sobre qué atención médica cubre nuestro plan y cuánto pagará al recibir esta atención, consulte la tabla de beneficios del siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos [qué está cubierto y qué debe pagar]*).

Sección 1.1 ¿Qué son los proveedores de la red y los servicios cubiertos?

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. Este término también incluye a los hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que acordaron con nosotros aceptar nuestro pago y el costo compartido del miembro como el pago total. Hemos hecho los arreglos para que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente a nosotros por la atención que usted recibe. Cuando consulta a un proveedor de la red, usted paga solamente su parte del costo de los servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen todos los servicios, la atención, los suministros, los equipos médicos y los medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. En la tabla de beneficios del Capítulo 4, se muestran los servicios cubiertos de atención médica. Los servicios cubiertos para los medicamentos recetados se tratan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para recibir la cobertura de la atención médica del plan

Como plan de salud de Medicare, BCN Advantage Community Value debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y respetar todas las reglas de cobertura de Medicare Original.

BCN Advantage Community Value, en general, cubrirá su atención médica siempre que se cumplan estas condiciones:

- **La atención que recibe está incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** (esta tabla está en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que recibe se considera 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 y cumplen con los estándares aceptados en la práctica médica.

- **Tiene un médico de atención primaria (PCP) de la red que le proporciona y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe darle su aprobación por anticipado para que usted pueda atenderse con otros proveedores de la red del plan, por ejemplo, especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica en el hogar. Esto se llama darle una derivación. Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - No se requiere la derivación del PCP para recibir atención de emergencia o servicios de urgencia. Además, hay algunos otros tipos de servicios que puede recibir sin la aprobación por anticipado del PCP (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *Hay tres excepciones:*
 - El plan cubre servicios de atención de emergencia o urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto, y conocer el significado de los servicios de emergencia o urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si usted necesita servicios de atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra pero no hay especialistas en nuestra red que la proporcionen, puede recibirlos de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que paga normalmente dentro de la red. Debe obtenerse la autorización del plan antes de solicitar atención. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con él temporalmente. El costo compartido que paga al plan por la diálisis no puede superar nunca el costo compartido de Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe diálisis de un proveedor que no forma parte de la red del plan, el costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted decide obtener los servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Atención médica con los proveedores de la red del plan

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

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

Su proveedor de atención primaria es su socio, que le brinda o coordina su atención médica y lo ayuda a navegar por las aguas a veces complejas de la atención de la salud. Al convertirse en miembro de BCN Advantage Community Value, debe elegir un proveedor del plan para que sea su PCP.

¿Qué tipo de proveedores pueden ser PCP?

Nuestros PCP son médicos u osteópatas que se especializan en una de las siguientes áreas:

- **Medicina de familia y práctica general:** los médicos de familia y práctica general tratan a pacientes de todas las edades, desde recién nacidos a adultos. Además, suelen brindar atención obstétrica y ginecológica. Estos profesionales tienen un extenso campo de conocimiento médico y han completado su capacitación en pediatría, cirugía, medicina interna y geriatría.
- **Medicina interna:** internistas capacitados para identificar y tratar todos los aspectos de las afecciones en adolescentes, adultos y ancianos. La mayoría de los internistas de nuestra red, en general, tratan a pacientes de 18 años en adelante.
- **Pediatría:** los pediatras se especializan en el tratamiento de pacientes de hasta 21 años.
- **Medicina interna/Pediatría:** los médicos de esta categoría están capacitados para desempeñarse como internistas y pediatras. Tratan a niños y adultos.
- **Medicina preventiva:** los médicos especialistas en medicina preventiva promueven la salud y el bienestar de los pacientes de todas las edades.

Si tiene una afección habilitante, por ejemplo, enfermedad renal terminal, puede elegir un nefrólogo para que sea su proveedor de atención primaria.

La función del PCP

El PCP que elija lo ayudará a recibir la atención correcta, en el momento correcto y en el lugar correcto. El PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro de BCN Advantage Community Value.

¿Qué servicios brinda el PCP y qué debe hacer para recibir la atención del PCP?

Habitualmente, primero verá al PCP para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. El PCP le proveerá la mayor parte de la atención médica y lo ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro del plan.

Esto incluye lo siguiente:

- Radiografías.
- Análisis de laboratorio.
- Terapias.
- Atención de médicos especialistas.
- Internaciones.
- Atención de seguimiento.

¿Cuál es la función del PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?

El PCP coordina los servicios cubiertos que usted recibe como miembro de BCN Advantage Community Value. La “coordinación” de servicios incluye trabajar con otros proveedores del plan, consultarlos o enviar a los miembros a que vean a otros proveedores del plan por su estado de salud y por necesidades médicas específicas, así como realizar derivaciones y organizar las autorizaciones previas según sea necesario. Debido a que el PCP le brindará y coordinará su atención médica, usted debe enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio del PCP. En el Capítulo 8 se describe cómo protegeremos la privacidad de sus registros médicos y su información de salud personal.

¿Cuál es la función del PCP en la obtención de la autorización previa?

Si necesita determinados tipos de suministros o servicios cubiertos, el PCP dirigirá y organizará la autorización previa (aprobación previa) de BCN Advantage Community Value.

¿Cómo elige al PCP?

Ofrecemos diversos recursos para ayudarlo a ubicar un proveedor de atención primaria.

La opción más rápida y actualizada es iniciar sesión en el sitio web seguro para miembros y elegir un PCP en www.bcbsm.com/medicare.

Nuestro *Directorio de proveedores/farmacias* impreso de BCN Advantage Community Value enumera los médicos y centros de atención médica en el área de servicio de la red de su plan de BCN Advantage Community Value. El *Directorio de proveedores/farmacias* que recibe está personalizado para su zona geográfica provista por el Servicio de Atención al Cliente a petición. El *Directorio de proveedores/farmacias* que recibe se basa en su dirección y no representa una lista completa de los proveedores de la red. Si su proveedor está ubicado en otro condado, es posible que no se lo mencione en el directorio que usted recibe.

Si necesita una copia del *Directorio de proveedores/farmacias*, llame al servicio de atención al cliente al 1-800-450-3680 de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del este), de lunes a viernes con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede solicitar un *Directorio de proveedores/farmacias* (las 24 horas, los 7 días de la semana) a través de nuestro sistema automático de respuesta telefónica o en nuestro sitio web en www.bcbsm.com/providersmedicare.

También puede escribirnos a la siguiente dirección:

BCN Advantage Community Value

Mail Code C225

P.O. Box 5043

Southfield, MI 48086-5043

Antes de seleccionar un PCP, verifique si acepta pacientes nuevos. Si hay un especialista o un hospital específicos de BCN Advantage que desea utilizar, fíjese primero y asegúrese de que su PCP utilice ese hospital. Le recordamos que, al seleccionar un PCP, debe recibir toda la atención médica, que incluye la atención del PCP, el médico especialista y el hospital, dentro de la red de su plan específico.

Llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener información adicional sobre los médicos, por ejemplo, a qué facultad de Medicina asistió o dónde terminó su residencia, o para cambiar de PCP. Si seleccionó un PCP nuevo al que no ha visto nunca antes, debe programar una cita para un examen físico y establecer una relación de cooperación mutua lo antes posible.

Al seleccionar un PCP, tenga en cuenta que los consultorios de proveedores, los centros de salud y los consultorios externos que son propiedad de los hospitales y que estos operan (también conocidos como centros hospitalarios) pueden salirle más caro. Estos consultorios externos ofrecen la comodidad de disponer de una variedad de proveedores y servicios integrados en un solo complejo. De acuerdo con las reglas de facturación de Medicare, si consulta a un médico en el contexto de un consultorio privado, todos los servicios y los gastos se agrupan en un cargo individual. Si consulta a un médico en un consultorio externo, los cargos del médico y del hospital se facturan por separado, debido a que, desde la perspectiva de Medicare, usted se está tratando dentro del sistema hospitalario y no en el consultorio del médico. Esta tarifa por el uso del hospital puede incrementar los costos a su cargo. Incluso los centros médicos y los consultorios de proveedores ubicados bastante lejos del campus del hospital principal pueden considerarse parte del hospital. Pregúnteles a sus proveedores si son parte de un consultorio externo. ***Para obtener más información, consulte “Servicios hospitalarios ambulatorios” en el Capítulo 4, Sección 2, Tabla de beneficios médicos y “Consultorio externo” en el Capítulo 12, Definiciones de palabras importantes.***

Una vez que haya seleccionado un PCP, avísenos. Existen varias maneras de seleccionar médicos o de cambiarlos.

- Complete un formulario de selección de médico y envíelo de regreso.
- Llame al Servicio de Atención al Cliente al 1-800-450-3680 de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del este), de lunes a viernes con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Visite www.bcbsm.com/medicare y seleccione *Login (Inicio de sesión)*. Una vez que haya iniciado sesión, seleccione *View or change your PCP (Ver o cambiar su PCP)* para realizar los cambios.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, podría suceder que el PCP se vaya de la red de proveedores del plan y usted deba hallar un PCP nuevo que sea parte de nuestra red de BCN Advantage. Le avisaremos si su PCP se va de nuestra red. El Servicio de Atención al Cliente puede ayudarlo a encontrar y a seleccionar otro proveedor.

Para cambiar de PCP, puede iniciar sesión en el sitio web seguro para miembros y seleccionar un PCP en www.bcbsm.com/medicare o llamar al Servicio de Atención al Cliente. Cuando llame al servicio de atención al cliente, asegúrese de avisar si está viendo a especialistas o recibiendo otros servicios cubiertos que necesitaron la aprobación del PCP (por ejemplo, atención médica en el hogar y equipo médico duradero). El Servicio de Atención al Cliente ayudará a garantizar que siga recibiendo la atención especializada y otros servicios que recibía antes de cambiar de PCP. También verificará si el PCP que usted quiere elegir está aceptando pacientes nuevos. El Servicio de Atención al Cliente modificará su registro de membresía para que muestre el nombre de su PCP nuevo y le dirá cuándo entrará en vigencia el cambio de PCP.

Sección 2.2 ¿Qué clases de atención médica puede recibir sin una derivación de su PCP?

Puede recibir los servicios que se indican a continuación sin la aprobación por anticipado de su PCP.

- Atención médica de rutina para la mujer, que incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes ginecológicos, siempre que los realice un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, COVID-19, hepatitis B y neumonía, siempre que se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia brindados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son de emergencia que se brindan cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente, o cuando el inscrito está fuera del área de servicio. Por ejemplo, usted necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios son de necesidad inmediata y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame al Servicio de Atención al Cliente antes de salir del área de servicio para que podamos organizar su diálisis de mantenimiento mientras está fuera del área.
- Estudios de densidad ósea incluidos en la atención médica de rutina para la mujer, siempre que los realice un proveedor de la red.
- Atención pediátrica de rutina, siempre que la brinde un proveedor de la red.

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una parte del cuerpo o una enfermedad específicas. Existen muchas clases de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los traumatólogos atienden a pacientes con determinadas afecciones en los huesos, las articulaciones o los músculos.

¿Cuál es la función del PCP en la derivación de los miembros a los especialistas y otros proveedores?

El PCP es el mejor recurso para coordinar su atención y puede ayudarlo a encontrar un especialista de la red. Sin embargo, BCN Advantage no exige una derivación para que usted programe una cita con un especialista de la red. No obstante, es posible que algunos especialistas de la red confirmen con su PCP si usted necesita atención especializada.

¿Para qué servicios el PCP debe obtener autorización previa?

La autorización previa es la aprobación de servicios por anticipado. En una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO), algunos servicios de la red están cubiertos solamente si el médico u otro proveedor de la red obtiene la “autorización previa” del plan. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1, para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa se indican con letra cursiva en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red se va de nuestro plan?

Es posible que, durante el año, hagamos cambios en los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que son parte de nuestro plan. Si su médico o especialista se va del plan, usted tiene algunos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores cambie durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le avisaremos si su proveedor se va de nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un proveedor nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual se va de nuestro plan, le avisaremos si ha consultado con ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si algún otro proveedor se va de nuestro plan, le avisaremos si tenía el proveedor asignado, si actualmente se estaba atendiendo con el proveedor o si ha consultado con el proveedor en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red para que pueda obtener atención continua.

- Si está actualmente recibiendo tratamiento médico o terapia con el proveedor actual, tiene derecho a solicitar que el tratamiento o terapia médicamente necesario continúe, y colaboraremos con usted para garantizar que esto sea así.
- Le brindaremos información sobre los distintos períodos de inscripción que tiene disponibles y las opciones que pueda tener para cambiar de plan.
- Haremos los arreglos para que reciba cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con el costo compartido que corresponde dentro de la red, cuando el proveedor o el beneficio dentro de la red no estén disponibles o no satisfagan sus necesidades médicas. Puede requerirse autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista se irá del plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a hallar un proveedor nuevo para dirigir su atención médica.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención médica no se administra de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja por la calidad de la atención a la QIO, una queja al plan por la calidad de la atención o ambos. Consulte el Capítulo 9.

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

Los únicos servicios que están siempre cubiertos sin autorización son los servicios de emergencia y urgencia médica. Si los proveedores de servicios especializados no están disponibles en la red, puede solicitar una autorización para recibir atención fuera de la red. Los miembros pueden solicitar la aprobación por anticipado (autorización) para los servicios fuera de la red si llaman al Servicio de Atención al Cliente (al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación).

Si necesita atención médica cuando está **dentro del área de servicio, pero solicita servicios de un proveedor fuera de la red**, la cobertura está limitada, a menos que BCN Advantage haya aprobado los servicios fuera de la red de forma anticipada.

Si necesita atención médica cuando está **fuera del área de servicio y dentro de Michigan**, la cobertura está limitada a emergencias médicas, servicios de urgencia y diálisis renal, a menos que BCN Advantage haya aprobado los servicios fuera de la red de forma anticipada.

Si necesita atención médica cuando está **fuera de Michigan**, nuestro beneficio del tipo “Punto de servicio” (que se ofrece a través de la red nacional de Blue Plan Providers mediante Blue Cross and Blue Shield Association) le permite recibir atención preautorizada de rutina y de seguimiento según sea necesario por parte de los proveedores que participan en los planes de Blue. Los miembros de BCN Advantage que viajan fuera de los Estados Unidos y sus territorios pueden recibir atención de emergencia o urgencia y traslado de emergencia mediante Blue Cross Blue Shield Global Core™. Puede visitar www.bcbsglobalcore.com para encontrar médicos y hospitales que participen con Blue Cross. Para encontrar proveedores participantes fuera de Michigan, llame al 1-800-810-2583, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Este número de teléfono figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

Consulte el Capítulo 4 para obtener información más detallada sobre los costos que le corresponde pagar a usted y los beneficios médicos, y el Capítulo 7 para obtener información sobre el pago de los servicios brindados por proveedores fuera de la red. Si tiene preguntas sobre la cobertura de la atención médica cuando está de viaje, llame al Servicio de Atención al Cliente.

SECCIÓN 3 Cómo recibir los servicios cuando necesita atención de emergencia o urgencia o durante una catástrofe

Sección 3.1 Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica

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

Una **emergencia médica** es una situación en la que usted o cualquier otra persona legamente prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que usted tiene síntomas médicos que exigen atención médica de inmediato para prevenir la pérdida de su vida (y si es una mujer embarazada, la pérdida del feto), de un miembro o de la función de un miembro, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Estos síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 o diríjase a la sala de emergencia o al hospital más cercanos. Llame para solicitar una ambulancia si es necesario. *No* necesita obtener primero la aprobación ni la derivación de su PCP. No es necesario que use un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios y de cualquier proveedor con la licencia estatal correspondiente, incluso si no es parte de nuestra red.
- **Asegúrese lo antes posible de que se le haya informado a nuestro plan acerca de la emergencia.** Debemos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos acerca de la atención de emergencia, habitualmente en el transcurso de 48 horas. La información de contacto figura en el Capítulo 2, y en la contraportada de este documento.

¿Qué servicios están cubiertos si tiene una emergencia médica?

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

Los médicos que le están brindando atención de emergencia decidirán en qué momento se considera que usted está estable y que la emergencia médica finalizó.

Cuando la emergencia finalice, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su estado continúe estable. Los médicos seguirán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y se hagan planes de atención adicional. Nuestro plan cubrirá su atención de seguimiento.

Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, intentaremos hacer los arreglos para que los proveedores de la red se encarguen de su atención tan pronto como su estado médico y las circunstancias lo permitan.

¿Qué sucede si no era una emergencia médica?

A veces, es difícil saber si se trata de una emergencia médica. Por ejemplo, podría suceder que usted solicite atención de emergencia porque piensa que su salud está en grave peligro y que el médico diga que no se trata en absoluto de una emergencia médica. Si al final no se trató de una emergencia, cubriremos la atención siempre y cuando usted haya pensado sobre una base razonable que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* fue una emergencia, cubriremos la atención adicional *solamente* si la recibe de alguna de estas dos maneras:

- Acude a un proveedor de la red para recibir la atención adicional,
- *o bien*, la atención adicional que recibe está considerada como servicio de urgencia y usted cumple con las reglas para recibir estos servicios (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo recibir atención si necesita servicios de urgencia

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio de urgencia es una situación que no es de emergencia y requiere atención médica inmediata, pero dadas sus circunstancias, no es posible o razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia brindados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son i) un dolor de garganta muy intenso que se produce durante el fin de semana o una crisis imprevista de una afección conocida cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

Llame al consultorio del médico si necesita atención inmediata para su afección. Si su médico no está disponible, puede dirigirse a cualquier centro de atención de urgencia para recibir servicios cubiertos.

Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia o urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos conforme a las siguientes circunstancias:

- Servicios de urgencia (servicios que necesita recibir para evitar la probable aparición de una afección médica de emergencia).
- Atención de emergencia (tratamiento que se necesita de inmediato porque cualquier demora significaría un riesgo de daño permanente para su salud).

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante una catástrofe

Si el gobernador de su estado, el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran una situación de catástrofe o emergencia en su área geográfica, tiene derecho a recibir la atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.bcbsm.com/medicare para obtener información sobre cómo recibir la atención necesaria durante una catástrofe.

Si no puede utilizar un proveedor de la red durante una catástrofe, su plan lo autorizará para que obtenga atención de los proveedores fuera de la red con los costos compartidos de los proveedores de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante una catástrofe, puede surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener más información.

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

Sección 4.1 Puede pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos

Si ha pagado más que la parte que le corresponde por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, debe pagar el costo total

BCN Advantage Community Value cubre todos los servicios médicamente necesarios según se mencionan en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red que no fueron autorizados, es responsable de pagar el costo total de los servicios.

En el caso de los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted también paga el costo total de cualquiera de los servicios que reciba después de haber agotado los beneficios para ese tipo de servicio cubierto. Los servicios que paga por su cuenta cuando se agota el beneficio no cuentan para el monto máximo a su cargo.

SECCIÓN 5 ¿De qué manera están cubiertos los servicios médicos al participar 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 los científicos evalúan nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Por lo general, los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, si manifiesta interés, alguien que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más al respecto y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos a cargo del estudio. Puede participar siempre y cuando cumpla con los requisitos del estudio y comprenda y acepte por completo lo que implica su participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, usted es el único responsable de los costos compartidos dentro de la red para los servicios de ese ensayo. Si pagó de más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costo compartido de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, tendrá que proporcionarnos la documentación para demostrar cuánto pagó. Si participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de la atención (aquella que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en algún estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita decirnos ni recibir nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan participar en la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios por los cuales su plan es responsable, que incluyen un registro o ensayo clínico para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en determinaciones de cobertura nacionales (NCD) y ensayos de dispositivos en investigación (IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y a otras normas del plan.

Aunque no necesita obtener permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica cubierto por Medicare Original para los inscritos de Medicare Advantage, lo alentamos a que nos avise de antemano si decide participar en ensayos clínicos calificados de Medicare.

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

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?

Una vez que comience a participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare Original cubre los artículos y los servicios de rutina que reciba como parte del estudio, entre ellos, los siguientes:

- La habitación y la comida durante una hospitalización que Medicare pagaría incluso si usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si son parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones del nuevo método de atención.

Una vez que Medicare ha pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de Medicare Original y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo importe por los servicios que reciba como parte del estudio que el que pagaría si recibiera estos servicios de nuestro plan. No obstante, deberá enviar la documentación que muestre cuánto pagó del costo compartido. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre el envío de solicitudes de pago.

Este es un ejemplo de cómo funcionan los costos compartidos: Supongamos que, como parte del estudio de investigación, tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100. Supongamos también que lo que a usted le corresponde de este análisis es \$20 según Medicare Original; sin embargo, según los beneficios de nuestro plan, lo que le correspondería es \$10. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría el copago de \$20 obligatorio según Medicare Original. Luego debería notificar a nuestro plan que recibió un servicio por un ensayo clínico calificado y presentar la documentación (por ejemplo, una factura del proveedor). Entonces, el plan le pagaría \$10 directamente a usted. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, debe enviar la documentación (por ejemplo, una factura del proveedor).

Si participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán lo siguiente:**

- En general, Medicare *no* pagará el nuevo artículo o servicio que el estudio está evaluando, excepto en el caso de que Medicare cubra el artículo o servicio aunque usted *no* participe en el estudio.
- Los artículos o servicios proporcionados solo para recopilar datos, que no se utilizan en la atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas (TC) mensuales que se realizan como parte del estudio si su enfermedad normalmente exigiría realizar una sola TC.

¿Desea obtener más información?

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

SECCIÓN 6 Normas para la cobertura de la atención en una institución religiosa sanitaria no médica

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa sanitaria no médica?

Una institución religiosa sanitaria no médica es un centro que brinda atención para una afección que, en condiciones comunes, se trataría en un hospital o un centro de enfermería especializada. Si la atención en un hospital o un centro de enfermería especializada es contraria a las creencias religiosas de un miembro, en su lugar, cubriremos la atención en una institución religiosa sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios sanitarios no médicos).

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa sanitaria no médica

Para recibir atención en una institución religiosa sanitaria no médica, usted debe firmar un documento legal que diga que se opone de forma consciente a recibir tratamiento médico **no obligatorio**.

- La atención o el tratamiento médico **no obligatorio** es cualquier tipo de atención o tratamiento médico que tiene carácter *voluntario* y cuyo cumplimiento *no está exigido* por ninguna ley federal, estatal ni local.
- El tratamiento médico **obligatorio** es la atención o el tratamiento médico que usted recibe que *no* tiene carácter voluntario o cuyo cumplimiento *está exigido* por una ley federal, estatal o local.

Para obtener la cobertura de nuestro plan, la atención que recibe en una institución religiosa sanitaria no médica debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan de los servicios que reciba está limitada a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución y estos se proporcionan en un centro, deben cumplirse las siguientes condiciones:
 - Usted debe tener una enfermedad que le permita recibir servicios cubiertos para pacientes internados en un hospital o en un centro de enfermería especializada.
 - Y debe obtener la aprobación por anticipado de nuestro plan antes de su internación; de lo contrario, la internación no estará cubierta.

Se aplican límites de cobertura de Medicare para pacientes hospitalizados (consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4).

SECCIÓN 7 Reglas de propiedad del equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Usted se convertirá en propietario del equipo médico duradero después de realizar determinada cantidad de pagos en el plan?

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos tales como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones automáticos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos para el habla, bombas de infusión IV, nebulizadores y camas de hospital que el proveedor haya indicado para uso en el hogar. El miembro siempre es propietario de determinados artículos, como las prótesis. En esta sección, se analizan otros tipos de equipo médico duradero que el miembro debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan determinados tipos de equipos médicos duraderos se convierten en propietarios después de pagar los copagos del equipo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de BCN Advantage Community Value, habitualmente se convertirá en propietario del equipo médico duradero alquilado en el mes n.º 13, después de haber pagado los copagos del artículo durante 12 meses. En determinadas circunstancias limitadas, no le transferiremos la propiedad del equipo médico duradero. Llame a servicio de atención al cliente para obtener más información.

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

Si no llegó a ser propietario del equipo médico duradero mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos después de pasarse a Medicare Original para tener la propiedad de dicho equipo. Los pagos efectuados mientras está inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Efectuó 12 pagos consecutivos o menos por un artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que efectuó en Medicare Original no cuentan. Tendrá que hacer 13 pagos a nuestro plan antes de tener la propiedad del artículo.

Ejemplo 2: Efectuó 12 pagos consecutivos o menos por un artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Estaba en nuestro plan, pero mientras tanto no obtuvo la titularidad. Luego regresa a Medicare Original. Tendrá que hacer 13 pagos consecutivos nuevos para adquirir el artículo una vez que vuelva a inscribirse en Medicare Original. Los pagos anteriores (ya sea en nuestro plan o a Medicare Original) no cuentan.

SECCIÓN 7.2 Normas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare, BCN Advantage Community Value cubrirá lo siguiente:

- El alquiler del equipo de oxígeno
- La entrega y el contenido de oxígeno

- Los tubos y accesorios relacionados con el oxígeno para la entrega y el contenido de oxígeno
- El mantenimiento y las reparaciones del equipo de oxígeno

Si abandona BCN Advantage Community Value o ya no requiere médicamente el equipo de oxígeno, deberá devolver el equipo de oxígeno.

¿Qué sucede si deja su plan y vuelve a Medicare Original?

Medicare Original exige que el proveedor de oxígeno le brinde servicios por cinco años. Durante los primeros 36 meses, el equipo se alquila. Los siguientes 24 meses, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Pasados los cinco años, puede elegir si seguir con la misma empresa o buscar otra. A esta altura, vuelve a comenzar el ciclo de cinco años, incluso si sigue con la misma empresa, por lo que deberá abonar los copagos de los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo cancela, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar.

CAPÍTULO 4:

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

SECCIÓN 1 Explicación de los costos a su cargo por los servicios cubiertos

En este capítulo, se brinda una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y le muestra cuánto debe pagar por cada servicio cubierto como miembro de BCN Advantage Community Value. Más adelante en este capítulo podrá encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se explican los límites que corresponden a determinados servicios. En este capítulo también se explican los beneficios complementarios opcionales. En el Anexo A puede encontrar una lista de limitaciones en la cobertura de equipos médicos duraderos, en la que se muestran las marcas y los fabricantes de equipos médicos duraderos.

Sección 1.1 Tipos de costos a su cargo por servicios cubiertos

Para comprender la información sobre pagos que le proporcionamos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos a su cargo que puede pagar por los servicios cubiertos.

- El **deducible** es el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde. (En la Sección 1.2 se incluye más información sobre el deducible de su plan).
- Un **copago** es el monto fijo que paga cada vez que recibe determinados servicios médicos. El copago se paga al momento de recibir el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos que figura en la Sección 2 le brinda más información sobre los copagos).
- El **coseguro** es el porcentaje que debe pagar del costo total de determinados servicios médicos. El coseguro se paga al momento de recibir el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos que figura en la Sección 2 le brinda más información sobre el coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos ni coseguro. Asegúrese de mostrar al proveedor el comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB, si corresponde.

Sección 1.2 ¿Cuál es el deducible de su plan?

Su plan incluye un deducible por separado para el punto de servicio.

- **Punto de servicio (POS):** BCN Advantage tiene un beneficio de punto de servicio, el cual permite a los miembros recibir atención con autorización previa cuando viajan fuera de Michigan.

El deducible del punto de servicio por separado es de \$250 para BCN Advantage Community Value. Este es el monto que debe pagar usted antes de que nosotros paguemos la parte que nos corresponde de sus servicios médicos cubiertos. Hasta que pague el monto del deducible, debe pagar el costo total de los servicios cubiertos. Una vez que haya pagado el monto del deducible, comenzaremos a pagar la parte que nos corresponde del costo de los servicios médicos cubiertos,

y usted pagará la parte que le corresponde (el monto de copago o coseguro) durante el resto del año calendario. El deducible no se aplica a algunos de los servicios. Esto significa que pagaremos la parte que nos corresponde de estos servicios aunque aún no haya pagado el deducible.

Este deducible del punto de servicio no se aplica a los siguientes servicios:

- Servicios preventivos
- Servicios de urgencia y emergencia
- Insulina proporcionada a través de un equipo médico duradero
- Beneficios adicionales que Medicare Original no cubre, como los siguientes:
 - Servicios de atención dental preventiva
 - Atención de la vista
 - Programas educativos sobre salud y bienestar
 - Elementos de seguridad para el cuarto de baño
 - Membresía en programas de acondicionamiento físico

Sección 1.3 ¿Cuál es el monto máximo que pagará usted por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?

Como está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite con respecto al monto total a su cargo por año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos en virtud de Medicare Parte A y Parte B. Este límite se denomina monto máximo a su cargo (MOOP) para servicios médicos. Para el año calendario 2024, este importe es de \$4300.

Los montos que paga por los deducibles, los copagos y el coseguro por servicios cubiertos dentro de la red se cuentan a favor de este monto a su cargo. La atención que recibe a través de nuestro beneficio del punto de servicio se contará a favor del monto máximo de costos a su cargo. Los montos que paga por las primas del plan y los medicamentos recetados de la Parte D no se cuentan a favor del monto máximo a su cargo. Además, los montos que paga por algunos servicios no se cuentan a favor del monto máximo de costos a su cargo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza el monto máximo de gastos a su cargo de \$4300, no tendrá que pagar ningún gasto a su cargo durante el resto del año por servicios dentro de la red cubiertos de la Parte A y Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima del plan y la prima de Medicare Parte B (salvo que la prima de la Parte B se la pague Medicaid u otro tercero).

Sección 1.4 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen el saldo

Como miembro de BCN Advantage Community Value, una protección importante para usted es que, luego de que alcance los deducibles, solo tiene que pagar el monto de los costos compartidos cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales, lo que se denomina **facturación de saldos**. Esta protección se aplica aunque le

paguemos al proveedor un monto menor del que este cobra por un servicio y aunque haya una controversia y no paguemos determinados cargos del proveedor.

A continuación se explica cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo en dólares, por ejemplo, \$15.00), usted solo debe pagar ese monto por los servicios cubiertos que le proporcione un proveedor dentro de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted nunca debe pagar más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor al que visite:
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según esté determinada en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participe con Medicare, usted debe pagar el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando recibe una derivación o para emergencias o servicios de urgencia).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted debe pagar el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando recibe una derivación o para emergencias o servicios de urgencia fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le ha hecho una facturación de saldos, llame a servicio de atención al cliente.

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué está cubierto y cuánto deberá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan

En la Tabla de beneficios médicos que se encuentra en las siguientes páginas se enumeran los servicios cubiertos por BCN Advantage Community Value y lo que usted debe pagar para cada servicio. La cobertura de medicamentos con receta de la Parte D se trata en el Capítulo 5. Los servicios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos solo están cubiertos cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos por Medicare se deben proporcionar de acuerdo con las pautas de cobertura que Medicare establece.
- Los servicios (lo que incluye los servicios, la atención, los suministros y los equipos médicos, así como los medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o

medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares aceptados en la práctica médica.

- La atención la recibe de un proveedor dentro de la red. En la mayoría de los casos, no está cubierta la atención que recibe de un proveedor fuera de la red, a menos que se trate de atención de urgencia o emergencia o que su plan o un proveedor de la red le haya dado una derivación. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que le proporciona y supervisa la atención. En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe darle su aprobación por anticipado para que usted pueda atenderse con otros proveedores de la red del plan. Esto se llama darle una derivación.
- Algunos de los servicios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor dentro de la red recibe nuestra aprobación por adelantado (a veces denominada autorización previa). Los servicios cubiertos que requieren aprobación por adelantado aparecen en cursiva en la Tabla de beneficios médicos.

Otras cosas importantes que debe saber sobre su cobertura:

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual *Medicare y usted 2024*. Para verlo en línea ingrese en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227] las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- En el caso de los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Medicare Original, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o control por una afección médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención que reciba para la afección médica existente.
- Si Medicare agrega la cobertura de algún servicio nuevo durante 2024, este servicio estará cubierto por Medicare o por nuestro plan.

Información de beneficio importante para afiliados con afecciones crónicas:


- Si le han diagnosticado alguna de las afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos.
 - Artritis
 - Trastornos autoinmunitarios (poliarteritis nodular, polimiositis reumática, polimiositis, lupus eritematoso sistémico)
 - Cáncer (no incluye afecciones precancerosas ni el cáncer localizado)
 - Arritmias cardíacas

- Alcoholismo crónico u otra drogodependencia
- Trastornos cardiovasculares crónicos (enfermedad de las arterias coronarias, enfermedad vascular periférica, tromboembolia venosa crónica)
- Afecciones de salud mental incapacitantes y crónicas
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Trastornos pulmonares crónicos (enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC])
- Demencia
- Diabetes
- Enfermedad hepática en etapa terminal
- Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) que requiere diálisis
- VIH/SIDA
- Hipertensión
- Trastornos neurológicos
- Prediabetes
- Trastornos hematológicos graves (anemia aplásica, hemofilia, púrpura trombocitopénica inmunitaria, síndrome mielodisplásico, anemia drepanocítica [no incluye tener el rasgo de células falciformes], tromboembolia venosa crónica)
- Accidente cerebrovascular

Este beneficio estará disponible solo para miembros identificados del plan que han sido diagnosticados con las enfermedades arriba mencionadas.

Si tiene una de las afecciones mencionadas y considera que califica para este beneficio, consulte con su médico si se puede confirmar su diagnóstico.

- Vaya a la fila *Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos* en la Tabla de beneficios médicos a continuación para obtener más detalles.
- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios podría ser elegible.

 Usted verá esta manzana al lado de los servicios preventivos en la tabla de beneficios.



 Verá esta estrella al lado de los beneficios mejorados que ofrece nuestro plan aparte de lo que cubre Medicare Original.




Tabla de beneficios médicos


<i>Fuera de la red: los servicios médicos no están cubiertos, salvo que el plan los autorice; la excepción es la atención de urgencia y emergencia.</i>		
* Los servicios marcados con un asterisco no cuentan a favor del monto máximo de gastos a su cargo.		
Para determinados servicios se podría requerir la orden de un médico.		
Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
 Estudios de detección de aneurisma de aorta abdominal Estudio por ecografía que se realiza una sola vez para personas con riesgo. El plan solo cubre este estudio si tiene determinados factores de riesgo y si recibe una derivación de su médico, asistente médico, profesional de enfermería o especialista en enfermería clínica para hacérselo.	<u>Dentro de la red</u> Los miembros elegibles para este estudio preventivo no deben pagar coseguro, copago ni deducible. Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un coseguro o un copago.	<u>Fuera de la red (POS)</u> Los miembros elegibles para este estudio preventivo no deben pagar coseguro, copago ni deducible. Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un deducible, un coseguro o un copago.
Acupuntura para dolor lumbar crónico Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes: Hasta 12 visitas en 90 días cubiertas para beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: Para los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: <ul style="list-style-type: none"> • Dolor que dura 12 semanas o más. • Dolor no específico dado que no tiene causas sistémicas identificables (no asociadas con enfermedades metastásicas, inflamatorias, infecciosas, etc.). 	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$15 por cada visita cubierta por Medicare. <i>Podrían aplicarse reglas de autorización.</i>	<u>Fuera de la red (POS)</u> Coseguro del 35% por cada visita cubierta por Medicare, después del deducible. <i>Podrían aplicarse reglas de autorización.</i>



Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>Acupuntura para dolor lumbar crónico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor no asociado con cirugías. • Dolor no asociado al embarazo. <p>Ocho sesiones adicionales cubiertas para los pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente. El tratamiento se deberá discontinuar si el paciente no mejora o si empeora.</p> <p>Requisitos de los proveedores:</p> <p>Los médicos, según la definición de 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social (la Ley), pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los auxiliares médicos (PA), enfermeros practicantes (NP) o enfermeros clínicos especializados (CNS) (como se identifica en 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables y cuentan con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM). • Y una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o Estado Libre Asociado (p. ej., Puerto Rico) de los Estados Unidos o en el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico,</p>		



Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>Acupuntura para dolor lumbar crónico (continuación) un PA o un NP o CNS según nuestra normativa en el CFR 42 §§ 410.26 y 410.27.</p>		
<p>Inyecciones para la alergia (antígenos)</p>	<p>Consulte “<i>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</i>” en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, Sección 2.1 para ver los detalles de costos compartidos.</p>	
<p>Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, para situaciones que sean o no de emergencia, incluyen servicios de ambulancia aérea y terrestre al establecimiento adecuado más cercano que pueda proporcionar atención, si estos servicios se proporcionan a un miembro cuya afección médica haga que otro medio de transporte pueda poner en peligro la salud de la persona o si lo autoriza el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debe documentarse que, a causa de la afección del miembro, otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y se requiere el transporte en ambulancia desde el punto de vista médico.</p> <p>★ Cubrimos los servicios de ambulancia incluso si no se lo traslada a un centro, si lo estabilizan en su casa o en otra ubicación. Este servicio no está cubierto fuera de EE. UU. o sus territorios.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>\$250 por cada traslado de ida con servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p> <p>\$90 por servicios de ambulancia que no requieran traslado.</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>\$250 por cada traslado de ida con servicios de ambulancia cubiertos por Medicare, después del deducible.</p> <p>\$90 por servicios de ambulancia que no requieran traslado, después del deducible.</p> <p><i>Podrían aplicarse reglas de autorización.</i></p>


Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>★ Examen físico anual</p> <p>Examen que lleva a cabo un médico de atención primaria u otro proveedor con el que se recopila información de salud. Este es un examen médico anual preventivo y es más amplio que la visita anual de bienestar. Está cubierto una vez por año calendario. Los servicios abarcan lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen físico adecuado según la edad y el sexo, que incluye el control de los signos vitales • y medidas. • Orientación, asesoramiento e intervenciones para la reducción de factores de riesgo. • Administración u orden de vacunas, análisis de laboratorio o procedimientos de diagnóstico. • Cubierto solo en las siguientes ubicaciones: consultorio del proveedor, hospital ambulatorio o residencia del miembro. 	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$0 por el examen físico anual.</p> <p>Sin embargo, se evaluará el pago de un coseguro, copago o deducible si un servicio cubierto (p. ej., una prueba de diagnóstico) excede el alcance del examen físico anual.</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>Coseguro del 35% por el examen físico anual.</p> <p>Sin embargo, se evaluará el pago de un coseguro, copago o deducible si un servicio cubierto (p. ej., una prueba de diagnóstico) excede el alcance del examen físico anual.</p>
<p>🏠 Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede realizar una visita anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de su salud actual y factores de riesgo.</p> <p>Nota: Su primera visita anual de bienestar no puede llevarse a cabo dentro de los primeros 12 meses luego de su visita preventiva de bienvenida a Medicare. Sin embargo, no tiene que realizar una visita de bienvenida a Medicare para tener cubiertas las visitas anuales de bienestar después de que haya tenido la Parte B</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>No se debe pagar coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.</p> <p>Sin embargo, se evaluará el pago de un coseguro, copago o deducible si un servicio cubierto (p. ej., una prueba de diagnóstico) excede el alcance de la visita anual de bienestar.</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>No se debe pagar coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.</p> <p>Sin embargo, se evaluará el pago de un coseguro, copago o deducible si un servicio cubierto (p. ej., una prueba de diagnóstico) excede el alcance de la visita anual de bienestar.</p>



Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p> Visita anual de bienestar (continuación)</p> <p>por 12 meses.</p> <p>★ La visita de bienestar mejorada puede hacerse en cualquier momento del año calendario, independientemente de la fecha de su visita anual de bienestar anterior.</p>		
<p> Densitometría</p> <p>Para las personas calificadas (por lo general, esto significa personas con riesgo de perder masa ósea o de tener osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con una frecuencia mayor, si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>La densitometría no requiere el pago de coseguros, copagos ni deducibles.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un coseguro o un copago.</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>La densitometría no requiere el pago de coseguros, copagos ni deducibles.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un deducible, un coseguro o un copago.</p>
<p> Prueba de detección del cáncer de mama (mamografía)</p> <p>Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía de referencia entre los 35 y los 39 años. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Un examen clínico de mamas cada 24 meses • Las mamografías de detección en 3D tienen cobertura cuando son médicamente necesarias 	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Las mamografías de detección cubiertas no requieren el pago de coseguros, copagos ni deducibles.</p> <p>Si tiene una afección médica y requiere una mamografía (secundaria) de seguimiento o una biopsia en un día distinto al del examen, el procedimiento se considera un</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>Las mamografías de detección cubiertas no requieren el pago de coseguros, copagos ni deducibles.</p> <p>Si tiene una afección médica y requiere una mamografía (secundaria) de seguimiento o una biopsia en un día distinto al del examen, el procedimiento se considera un</p>

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
 Prueba de detección del cáncer de mama (mamografía) (continuación)	<p>diagnóstico y se aplicará el costo compartido contractual para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un coseguro o un copago.</p>	<p>diagnóstico y se aplicará el costo compartido contractual para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un deducible, un coseguro o un copago.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Están cubiertos los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento para los miembros que cumplen con determinadas condiciones con la orden de un médico. El plan también cubre programa de rehabilitación cardíaca intensiva que suelen ser más extenuantes o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$0 por visita para los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por visita para los servicios de rehabilitación cardíaca intensivos cubiertos por Medicare.</p> <p>Consulte la Tabla de exclusiones al final de esta Tabla de beneficios médicos para obtener más información.</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>Coseguro del 35% por visita para los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare, después del deducible.</p> <p>Coseguro del 35% por visita para los servicios de rehabilitación cardíaca intensivos cubiertos por Medicare, después del deducible.</p> <p>Consulte la Tabla de exclusiones al final de esta Tabla de beneficios médicos para obtener más información.</p>

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p> Visita para reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular)</p> <p>Cubrimos una visita por año a su médico de atención primaria para ayudar a disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede hablar sobre el uso de aspirina (si corresponde), revisarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que coma de forma saludable.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>El beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedad cardiovascular no requiere el pago de coseguros, copagos ni deducibles.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un coseguro o un copago.</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>El beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedad cardiovascular no requiere el pago de coseguros, copagos ni deducibles.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un deducible, un coseguro o un copago.</p>
<p> Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedad cardiovascular (o anomalías asociadas con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que están cubiertas una vez cada 5 años no requieren el pago de coseguros, copagos ni deducibles.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un coseguro o un copago.</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>Las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que están cubiertas una vez cada 5 años no requieren el pago de coseguros, copagos ni deducibles.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un deducible, un coseguro o un copago.</p>

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p> Pruebas de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino</p> <p>Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y el examen ginecológico están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si tiene riesgo alto de cáncer vaginal o de cuello uterino, o si está en edad fértil y ha obtenido un resultado anormal en la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. 	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes ginecológicos preventivos cubiertos por Medicare no requieren el pago de coseguros, copagos ni deducibles.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un coseguro o un copago.</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes ginecológicos preventivos cubiertos por Medicare no requieren el pago de coseguros, copagos ni deducibles.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un deducible, un coseguro o un copago.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Entre los servicios cubiertos por Medicare se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación. <p> Entre los servicios no cubiertos por Medicare se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una visita de rutina al consultorio por año.* • Una serie de radiografías de rutina (hasta 3 vistas) por año.* 	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$15 por cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$20 por visita de rutina al consultorio, una por año.*</p> <p>Copago de \$20 para una serie de radiografías de rutina (hasta 3 vistas) por año.*</p> <p>* Eso no cuenta para el monto máximo de costos a su cargo.</p> <p><i>Podrían aplicarse reglas de autorización.</i></p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>Coseguro del 35% por cada visita cubierta por Medicare, después del deducible.</p> <p>La atención de rutina no está cubierta.</p> <p>Las radiografías quiroprácticas no están cubiertas.</p> <p>* Eso no cuenta para el monto máximo de costos a su cargo.</p> <p><i>Podrían aplicarse reglas de autorización.</i></p>

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
Servicios quiroprácticos (continuación)	Consulte la Tabla de exclusiones al final de esta Tabla de beneficios médicos para obtener más información.	Consulte la Tabla de exclusiones al final de esta Tabla de beneficios médicos para obtener más información.
 Pruebas de detección de cáncer colorrectal Las siguientes pruebas de detección tienen cobertura: <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite de edad mínima ni máxima y tiene cobertura una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes sin riesgo alto o cada 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen riesgo alto de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de un enema de bario o una sigmoidoscopia de detección previos. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes sin riesgo alto después de que el paciente recibió una sigmoidoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o el último enema de bario. • Pruebas de detección de sangre oculta en las heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • Prueba multidirigida de ADN en heces para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen los criterios de riesgo alto. Una vez cada 3 años. 	<u>Dentro de la red</u> El examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare no requiere el pago de coseguros, copagos ni deducibles. Si su médico descubre un pólipo u otro tejido y lo extirpa durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección pasa a ser un examen de diagnóstico, sin embargo, no se le cobrarán costos a su cargo adicionales.	<u>Fuera de la red (POS)</u> El examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare no requiere el pago de coseguros, copagos ni deducibles. Si su médico descubre un pólipo u otro tejido y lo extirpa durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección pasa a ser un examen de diagnóstico, sin embargo, no se le cobrarán costos a su cargo adicionales.

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p> Pruebas de detección de cáncer colorrectal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • El enema de bario es una alternativa a la colonoscopia para pacientes con riesgo alto y que se hicieron el último enema de bario o la última colonoscopia de detección hace 24 meses. • El enema de bario es una alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin riesgo alto y que tienen 45 años o más. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario o sigmoidoscopia flexible de detección. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección colorrectal no invasiva en las heces cubierta por Medicare dé positivo. 	<p>Si recibe otros servicios durante la visita, o si se discuten afecciones adicionales, podrían aplicarse un coseguro y un copago.</p>	<p>Si recibe otros servicios durante la visita, o si se discuten afecciones adicionales, podrían aplicarse un coseguro y un copago.</p>
<p> Servicios dentales</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios dentro y fuera de la red:</p> <p>Servicios de atención dental preventiva*:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 2 exámenes bucales por año calendario (incluye exámenes de emergencia). Nota: Los exámenes de emergencia cuentan dentro de los dos exámenes bucales por límite anual. <p>Códigos cubiertos: Examen de emergencia: D0140 Examen bucal: D0120, D0150, D0160, D0170, D0180</p>	<p>Brindamos un máximo anual de \$1,500 para servicios dentales dentro y fuera de la red combinados por año calendario.</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <p><u>Dentista de la red de PPO de Medicare Advantage (Nivel 1)</u></p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p>

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>★ Servicios dentales (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Hasta 2 limpiezas de rutina por año calendario (incluye el mantenimiento periodontal). Nota: Cada vez que se use el beneficio del mantenimiento periodontal se reemplazará una de las limpiezas de rutina disponibles por año calendario. Códigos cubiertos: Limpiezas: D1110, D1120, D4346 Mantenimiento periodontal: D4910 Un conjunto (hasta 4) de radiografías de aleta de mordida cada 2 años calendario O un conjunto (hasta 6) de radiografías periapicales cada 2 años calendario. Códigos cubiertos: Radiografías de aleta de mordida: D0270-D0274 Radiografías periapicales: D0220, D0230. Un tratamiento con fluoruro cada año calendario: D1206, D1208. <p>Servicios dentales integrales cubiertos*:</p> <ul style="list-style-type: none"> Biopsias por cepillado (2 por año calendario): D7288 Materiales de relleno de resina y amalgamas (una vez por diente por superficie cada 48 meses): D2140-D2335, D2391-D2394. Coronas solo para dientes permanentes (una por diente cada 84 meses): D2710-D2794, D2950, D2954 Reparaciones de coronas (3 por diente permanente por año calendario): D2920, D2980. Tratamientos de conducto (una vez por diente de por vida): D3220-D3240, D3310-D3330, D3331-D3426, D3430, D3450, D3920. 	<p>Coseguro del 0% por lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Exámenes bucales Limpiezas de rutina y mantenimiento periodontal Puentes Tratamientos con fluoruro Biopsias por cepillado Material de relleno de resina y amalgamas Coronas Reparación de coronas Tratamientos de conducto Limpiezas profundas Extracciones Cirugía bucal <p>Para encontrar un dentista participante, visite www.miblue dentist.com y busque dentistas en la red de Medicare Advantage (BCBSM y BCN Advantage) dentro de la sección del Nivel 1 o comuníquese con servicio de atención al cliente.</p>	<p>Coseguro del 50% para los siguientes servicios de atención dental preventiva aprobados:</p> <ul style="list-style-type: none"> Exámenes bucales Limpiezas de rutina y mantenimiento periodontal Puentes Tratamientos con fluoruro Biopsias por cepillado Material de relleno de resina y amalgamas Coronas Reparación de coronas Tratamientos de conducto Limpiezas profundas Extracciones Cirugía bucal

★ **Servicios dentales (continuación)**

- Limpieza profunda (una vez por cuadrante cada 24 meses): D4341, D4342.
- Extracciones (una vez por diente de por vida): D7140-D7251
- Cirugía bucal (dos veces por diente de por vida) D7270, D7280-D7283.

La Asociación Dental Americana puede actualizar los códigos dentales que identifican los servicios cubiertos.

Fuera de la red (dos opciones)

1. Dentista participante del Nivel 2 Blue Par Select:

Usted paga el 50% del monto aprobado para los servicios cubiertos.

Un proveedor que acepta participar en un reclamo como dentista de Nivel 2 no puede cobrarle la diferencia entre el monto aprobado y el monto cobrado y enviará el reclamo en su nombre.

Para encontrar un dentista participante de Blue Par Select, visite www.mibluedentist.com y busque dentistas en el arreglo Blue Par Select (por participación en reclamos) dentro de la sección del Nivel 2 o comuníquese con servicio de atención al cliente. Siempre confirme que el dentista acepta Medicare Advantage.

Fuera de la red (dos opciones)



1. Dentista participante del Nivel 2 Blue Par Select:

Usted paga el 50% del monto aprobado para los servicios cubiertos.


Un proveedor que acepta participar en un reclamo como dentista de Nivel 2 no puede cobrarle la diferencia entre el monto aprobado y el monto cobrado y enviará el reclamo en su nombre.

Para encontrar un dentista participante de Blue Par Select, visite www.mibluedentist.com y busque dentistas en el arreglo Blue Par Select (por participación en reclamos) dentro de la sección del Nivel 2 o comuníquese con servicio de atención al cliente. Siempre confirme que el dentista acepta Medicare Advantage.


Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>★ Servicios dentales (continuación)</p>	<p>2. Dentista no participante: Usted paga el 50% del monto aprobado por los servicios cubiertos además de cualquier diferencia que haya entre el monto aprobado y cobrado. Pagará más por los servicios de un dentista no participante. Debe pagarle directamente al dentista el monto total que cobra y tendrá que obtener el reembolso de Blue Cross por el 50% del monto aprobado. El dentista puede enviar el reclamo en su nombre y dirigir el pago del reclamo hacia usted.</p> <p>Consulte también el Capítulo 4, Sección 2.2 “Paquete de beneficios dentales complementarios opcionales”. Estos son beneficios que puede comprar para obtener los servicios dentales</p>	<p>2. Dentista no participante: Usted paga el 50% del monto aprobado por los servicios cubiertos además de cualquier diferencia que haya entre el monto aprobado y cobrado. Pagará más por los servicios de un dentista no participante. Debe pagarle directamente al dentista el monto total que cobra y tendrá que obtener el reembolso de Blue Cross por el 50% del monto aprobado. El dentista puede enviar el reclamo en su nombre y dirigir el pago del reclamo hacia usted.</p>



Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>★ Servicios dentales (continuación)</p>	<p>adicionales no cubiertos por Medicare que están disponibles a través de este plan.</p>	
<p> Examen de detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. El examen de detección debe realizarse en un entorno de atención primaria en el que se pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o derivaciones.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>No se debe pagar coseguro, copago ni deducible para la visita anual de detección de depresión.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un coseguro o un copago.</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>No se debe pagar coseguro, copago ni deducible para la visita anual de detección de depresión.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un deducible, un coseguro o un copago.</p>
<p> Análisis de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos este análisis de detección (que incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial alta (hipertensión) • Antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • Obesidad • Antecedentes de nivel alto de glucosa en sangre <p>Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>En función de los resultados de estas pruebas, podría ser elegible para realizarse dos análisis de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>No se debe pagar coseguro, copago ni deducible para los análisis anuales de detección de diabetes cubiertos por Medicare.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un coseguro o un copago.</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>No se debe pagar coseguro, copago ni deducible para los análisis anuales de detección de diabetes cubiertos por Medicare.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un deducible, un coseguro o un copago.</p>





Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes*</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (que usen y que no usen insulina). Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para medir la glucemia: Medidor de glucemia, tiras reactivas para medidores de glucemia, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones de control de la glucemia para verificar la precisión de las tiras reactivas y los medidores. • Para las personas con diabetes que tienen enfermedad de pie diabético grave: Un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluidas las plantillas que se proporcionan con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no hechas a medida que vienen con dichos zapatos). La cobertura incluye la toma de medidas. La cobertura de equipo médico duradero se limita a equipos básicos. El equipo de lujo o de categoría superior debe ser médicamente necesario y requiere aprobación previa para su cobertura. No está cubierta la selección de estilos, colores y materiales personalizados. • La capacitación de autocontrol de la diabetes está cubierta en determinadas condiciones. 	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Coseguro del 0% para suministros para la diabetes.</p> <p>Coseguro del 0% para zapatos y plantillas cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para capacitación para el autocontrol de la diabetes.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un coseguro o un copago.</p> <p>* Eso no cuenta para el monto máximo de costos a su cargo.</p> <p>El miembro puede obtener suministros para la diabetes, incluidos zapatos y plantillas para pie diabético del proveedor de BCN, Northwood, llamando al 1-800-667-8496, de 8:30 a.m. a 5 p.m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>Coseguro del 35% para suministros para la diabetes, después del deducible.</p> <p>Coseguro del 35% para zapatos y plantillas cubiertos por Medicare.</p> <p>Coseguro del 0% para la capacitación para el autocontrol de la diabetes, después del deducible.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un deducible, un coseguro o un copago.</p> <p>* Eso no cuenta para el monto máximo de costos a su cargo.</p> <p>El miembro puede obtener suministros para la diabetes, incluidos zapatos y plantillas para pie diabético del proveedor de BCN, Northwood, llamando al 1-800-667-8496, de 8:30 a.m. a 5 p.m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.</p>

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes* (continuación)</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes y usan insulina, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los monitoreos de glucemia continuos aprobados y la asignación de suministros para los monitoreos de glucemia continuos conforme a la cobertura de Medicare Original. <p>Los medidores continuos de glucosa y otros suministros para diabéticos también pueden obtenerse en una farmacia dentro de la red.</p>	<p>Cuando se encuentren fuera del área de servicio del plan, los miembros pueden comunicarse con el proveedor que se indica más arriba.</p> <p><i>Podrían aplicarse reglas de autorización.</i></p> <p>Consulte la Tabla de exclusiones al final de esta Tabla de beneficios médicos para obtener más información.</p>	<p>Cuando se encuentren fuera del área de servicio del plan, los miembros pueden comunicarse con el proveedor que se indica más arriba.</p> <p><i>Podrían aplicarse reglas de autorización.</i></p> <p>Consulte la Tabla de exclusiones al final de esta Tabla de beneficios médicos para obtener más información.</p>
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para ver una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12, así como el Capítulo 3, Sección 7 de este documento).</p> <p>Entre los artículos cubiertos se incluyen, entre otros, los siguientes: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital indicadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>La cobertura de DME se limita a equipo básico. El equipo de lujo o de categoría superior debe ser médicamente necesario y requiere aprobación previa para su cobertura. No está cubierta la selección de estilos, colores y materiales personalizados.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Coseguro del 20% del costo para artículos cubiertos por Medicare.</p> <p>El costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es del 20%, cada mes.</p> <p>El costo compartido no se modificará después de la inscripción de 36 meses.</p> <p>Si antes de la inscripción a BCN Advantage Community Value</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>Coseguro del 20% del costo para artículos cubiertos por Medicare, después del deducible.</p> <p>El costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es del 20%.</p> <p>El costo compartido no se modificará después de la inscripción de 36 meses.</p> <p>Si antes de la inscripción a BCN Advantage Community Value</p>

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)</p> <p>En con este documento de <i>Evidencia de cobertura</i>, incluimos la lista de DME de BCN Advantage. En la lista se indican las marcas y los fabricantes de DME que cubrimos.</p> <p>En general, BCN Advantage Community Value cubre cualquier DME que cubre Medicare Original de las marcas y los fabricantes que figuran en la lista. No cubrimos otras marcas y fabricantes, salvo que su médico u otro proveedor le diga que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es miembro nuevo de BCN Advantage y está usando una marca de DME que no está en nuestra lista, le seguiremos cubriendo esa marca hasta por 90 días. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada para usted después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con la propuesta de su médico, puede pedirle una derivación para obtener una segunda opinión).</p> <p>Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor con respecto al producto o la marca que sean adecuados para su afección médica. (Si desea obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, <i>Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]</i>).</p>	<p>efectuó pagos de alquiler durante 36 meses de la cobertura del equipo de oxígeno, el costo compartido en BCN Advantage Community Value será del 20%.</p> <p>El miembro debe obtener equipo médico duradero DME del proveedor de DME de BCN, Northwood, llamando al 1-800-667-8496, de 8:30 a.m. a 5 p.m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.</p> <p>Cuando se encuentren fuera del área de servicio del plan, los miembros deben comunicarse con Northwood.</p> <p><i>Podrían aplicarse reglas de autorización.</i></p>	<p>efectuó pagos de alquiler durante 36 meses de la cobertura del equipo de oxígeno, el costo compartido en BCN Advantage Community Value será del 20%.</p> <p>El miembro debe obtener equipo médico duradero DME del proveedor de DME de BCN, Northwood, llamando al 1-800-667-8496, de 8:30 a.m. a 5 p.m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.</p> <p>Cuando se encuentren fuera del área de servicio del plan, los miembros deben comunicarse con Northwood.</p> <p><i>Podrían aplicarse reglas de autorización.</i></p>


Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia. • Necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Emergencia: es una situación en la que usted o cualquier otra persona legítima prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que usted tiene síntomas médicos que exigen atención médica de inmediato para prevenir la pérdida de la vida (y si es una mujer embarazada, la pérdida del feto), de un miembro o de la función de un miembro. Estos síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección que empeora rápidamente. Los costos compartidos por los servicios de emergencia necesarios que se proporcionen fuera de la red son los mismos que por los servicios que se proporcionan dentro de la red.</p> <p>★ Tiene cobertura para atención médica de emergencia en todo el mundo. Consulte Cobertura de emergencia internacional más adelante en esta tabla.*</p>	<p>Copago de \$90 para visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.</p> <p>Si es hospitalizado en un plazo de 3 días por la misma afección, usted paga \$0 por la visita a la sala de emergencias.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención como paciente internado después de que se estabiliza su afección de emergencia, debe recibir la atención como paciente internado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan, y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital dentro de la red.</p> <p>* Eso no cuenta para el monto máximo de costos a su cargo.</p>	
<p> Prueba de detección de glaucoma</p> <p>Una prueba de detección de glaucoma anual para personas dentro de al menos una de las siguientes categorías de alto riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas con antecedentes familiares de glaucoma. • Personas con diabetes. 	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>No se debe pagar coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de glaucoma cubiertas por Medicare para las personas de alto riesgo.</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>No se debe pagar coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de glaucoma cubiertas por Medicare para las personas de alto riesgo.</p>



Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
 Prueba de detección de glaucoma (continuación) <ul style="list-style-type: none"> • Personas afroamericanas de 50 años y mayores. • Personas hispanoamericanas de 65 años o mayores. 		
 Programas educativos sobre salud y bienestar BCN Advantage Community Value ofrece programas educativos sobre salud que incluyen lo siguiente: Atención coordinada de Blue Cross: Un enfoque de gestión de la atención centrado en el miembro para ayudarlo a alcanzar sus objetivos de salud. Un enfermero administrador de atención dirige un equipo que ayuda a los afiliados a desarrollar un plan de atención para gestionar sus afecciones médicas. Cada equipo cuenta con trabajadores sociales, dietistas registrados, farmacéuticos, especialistas en salud conductual, médicos y personal no clínico de apoyo para poner a los miembros en contacto con la atención adecuada a sus necesidades. Los equipos de atención se comunican con los miembros por teléfono, aplicación móvil segura y correo electrónico. El equipo de atención se reúne periódicamente con los miembros para informarles sobre sus afecciones, coordinar la atención con sus médicos y responder a sus preguntas sobre salud.	Copago de \$0 para programas educativos sobre salud y bienestar. Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un coseguro o un copago.	No cubierto.

<p> Programas educativos sobre salud y bienestar (continuación)</p> <p> Educación nutricional: Se ofrecen seis sesiones de educación y asesoramiento nutricional en grupo o individuales (sin límite de tiempo en función de la necesidad médica) por afección, cada año, proporcionadas por un centro contratado por el plan, para las siguientes afecciones: Fenilcetonuria (FCU), hipercolesterolemia que no responde a las recomendaciones dietéticas estándar, obesidad, diabetes, enfermedad renal crónica, hipertensión, enfermedad celíaca e hipoglucemia en no diabéticos.</p> <p> Servicios de televigilancia: Es posible que la administración de la atención seleccione a miembros elegibles con un diagnóstico de insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o hipertensión no controlada para la intervención de supervisión remota. Se enviará un monitor a los miembros. El monitor transmite datos a diario a profesionales de atención médica.</p> <p> Orientación para dejar de fumar: El programa de Orientación para dejar de fumar es un programa de apoyo y orientación por teléfono. Este programa consiste en cinco visitas telefónicas de orientación durante un período de 12 semanas. Los miembros pueden hacer llamadas ilimitadas a un asesor de salud mientras están en el programa. Para inscribirse, llame al 1-855-326-5102.</p> <p>Otros programas diseñados para enriquecer la salud y el estilo de vida de los miembros, como Bienestar virtual de Blue Cross, están disponibles en nuestro sitio web en www.bcbsm.com/medicare.</p>		
--	--	--

<p>★ Programa de acondicionamiento físico</p> <p>Los miembros tienen cobertura de un beneficio de acondicionamiento físico con SilverSneakers®. SilverSneakers es un programa integral que puede mejorar el bienestar general y las conexiones sociales. SilverSneakers está diseñado para todos los niveles y habilidades y brinda un cómodo acceso a una red nacional de acondicionamiento físico, a varias opciones de programas y actividades fuera del gimnasio que combinan el bienestar físico y la interacción social.</p> <p>Entre los beneficios se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El uso de equipos de ejercicios, clases y otros servicios en miles de centros participantes • Clases y talleres en línea de SilverSneakers LIVE a cargo de instructores capacitados en el acondicionamiento físico de personas mayores • Biblioteca en línea SilverSneakers On-Demand con cientos de videos de ejercicios • Aplicación móvil SilverSneakers GO con videos a pedido y clases en vivo • La comunidad de SilverSneakers ofrece opciones para que haga ejercicio fuera de los gimnasios tradicionales (por ejemplo, en centros recreativos, centros comerciales y parques) • Consejos en línea de entrenamiento físico e información sobre alimentación saludable • Conexiones sociales en eventos, como comidas compartidas, celebración de festividades y clases grupales • Programa virtual de enriquecimiento GetSetUp con clases sobre temas que van desde la alimentación saludable hasta el envejecimiento en el hogar 	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$0 por el programa de acondicionamiento físico.</p> <p>Los servicios de acondicionamiento físico deben proporcionarse en lugares participantes en SilverSneakers®. Puede buscar un centro o solicitar información en www.silversneakers.com o al 1-866-584-7352, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>No cubierto.</p>
--	---	--

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>★ Programa de acondicionamiento físico (continuación)</p> <p>Visite www.silversneakers.com para obtener más información o llame al 1-866-584-7352, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.</p> <p>GetSetUp es un proveedor externo y no pertenece ni está operado por Tivity Health, Inc. (“Tivity”) ni sus filiales. Los usuarios deben contar con servicio de internet para acceder a GetSetUp. Los cargos por el servicio de internet son responsabilidad del usuario.</p> <p>SilverSneakers es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. © 2023 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.</p>		
<p>Servicios de la audición</p> <p>Entre los servicios de la audición cubiertos por Medicare, se incluyen las evaluaciones para diagnósticos de la audición y del equilibrio que lleve a cabo su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico. Estos servicios están cubiertos como atención ambulatoria cuando los proporciona un médico, audiólogo u otros proveedores calificados.</p> <p>★ Nuestro plan también cubre servicios de la audición no cubiertos por Medicare, entre ellos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de la audición de rutina: 1 por año. • Colocación y evaluación para el uso de audífonos: una cada 3 años. • Un audífono por oído cada 3 años. 	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$0 por servicios de un proveedor de atención primaria cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$35 por servicios de un especialista cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios de la audición no cubiertos por Medicare* Exámenes de la audición* (1 por año)</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>Coseguro del 35% por servicios de un proveedor de atención primaria cubiertos por Medicare después del deducible.</p> <p>Coseguro del 35% por servicios de un especialista cubiertos por Medicare después del deducible.</p> <p>Servicios de la audición no cubiertos por Medicare* No cubierto. * Eso no cuenta para el monto máximo de costos a su cargo.</p>

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>Servicios de la audición (continuación) Los audífonos tienen cobertura cuando los proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado y en función del examen de la audición y la evaluación del audífono más recientes.</p> <p>Se requiere una evaluación médica para determinar la causa de la pérdida de la audición y si se puede mejorar con un audífono antes de entregar los audífonos. No incluye baterías de audífonos adicionales, reparaciones, ajustes ni reconfiguraciones. Usted es responsable de pagar la diferencia entre los beneficios del plan y el costo de los audífonos.</p> <p>Los servicios deben obtenerse de un proveedor participante de la red.</p> <p>★ Los audífonos de venta libre (OTC) pueden comprarse con el beneficio de artículos de venta libre.</p> <p>Para obtener más información sobre la asignación Advantage Dollars para artículos de venta libre (OTC), consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 de su Evidencia de cobertura.</p>	<p>Copago de \$0 para servicios de un proveedor de atención primaria.</p> <p>Copago de \$35 para servicios de un especialista.</p> <p>Colocación y evaluación para el uso de audífonos* (cada 3 años)</p> <p>Copago de \$0 por servicios de un proveedor de atención primaria o un especialista.</p> <p>Audífonos* Asignación máxima de \$1,500 para los dos oídos (hasta \$750 por oído) cada 3 años para nuevos audífonos, incluida la tarifa por dispensación.</p> <p>* Eso no cuenta para el monto máximo de costos a su cargo.</p>	
<p> Pruebas de detección de hepatitis C</p> <p>Cubrimos lo siguiente para las personas que tienen riesgo alto de tener una infección por el virus de la hepatitis C, incluidas las personas con antecedentes actuales o anteriores de uso de drogas ilegales inyectables; y personas con antecedentes de haber recibido una transfusión sanguínea antes de 1992:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección. 	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>No deben pagarse coseguros, copagos ni deducibles por el análisis de detección de hepatitis C preventivo cubierto por Medicare. Si recibe otros servicios durante la visita,</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>No deben pagarse coseguros, copagos ni deducibles por el análisis de detección de hepatitis C preventivo cubierto por Medicare. Si recibe otros servicios durante la visita,</p>


Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p> Pruebas de detección de hepatitis C (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Exámenes de detección adicionales cada 12 meses para las personas que hayan continuado con el uso de drogas inyectables desde el análisis de detección anterior con resultado negativo. <p>Para todas las demás personas nacidas entre 1945 y 1965, cubrimos una prueba de detección.</p>	podrían aplicarse un coseguro o un copago.	podrían aplicarse un deducible, un coseguro o un copago.
<p> Análisis de detección del VIH</p> <p>Para las personas que piden un análisis de detección del VIH o que tienen un mayor riesgo de tener infección por VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Un examen de detección cada 12 meses. <p>Para las mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo. 	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Los miembros elegibles para realizarse análisis de detección del VIH preventivos cubiertos por Medicare no deben pagar coseguros, copagos ni deducibles. Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un coseguro o un copago.</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>Los miembros elegibles para realizarse análisis de detección del VIH preventivos cubiertos por Medicare no deben pagar coseguros, copagos ni deducibles. Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un deducible, un coseguro o un copago.</p>
<p>Agencia de atención médica en el hogar</p> <p>Antes de recibir servicios de atención médica en el hogar, un médico debe certificar que los necesita e indicar que esos servicios los debe proporcionar una agencia de atención médica en el hogar. Debe estar confinado a su hogar, lo que significa que salir de casa es un gran esfuerzo.</p>	<p>Copago de \$0 para cada visita de atención médica en el hogar cubierta por Medicare.</p> <p>Los suministros médicos solicitados por el médico, como el equipo médico duradero, no están cubiertos por las agencias de atención médica en el hogar.</p> <p>El cuidado supervisado no forma parte de las agencias de atención médica en el hogar.</p>	

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>Agencia de atención médica en el hogar (continuación)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y ayudante de atención médica en el hogar a tiempo parcial o intermitente (para que estén cubiertos en virtud del beneficio de atención médica en el hogar, los servicios de enfermería especializada y ayudante de atención médica en el hogar combinados deben ser de un total de menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipo y suministros médicos. 	<p>Consulte la Tabla de exclusiones al final de esta Tabla de beneficios médicos para obtener más información.</p> <p><i>Podrían aplicarse reglas de autorización.</i></p>	
<p>Terapia de infusión domiciliaria</p> <p>La terapia de infusión domiciliaria implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o agentes biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión domiciliaria incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios profesionales, como los servicios de enfermería, proporcionados conforme al plan de atención. 	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Coseguro del 0% para servicios de terapia de infusión domiciliaria cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Podrían aplicarse reglas de autorización.</i></p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>Coseguro del 0% para servicios de terapia de infusión domiciliaria cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Podrían aplicarse reglas de autorización.</i></p>

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>Terapia de infusión domiciliaria (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La educación y capacitación del paciente que no están de otra manera cubiertas bajo el beneficio de equipo médico duradero. • El monitoreo remoto. • Los servicios de monitoreo para la provisión de la terapia de infusión domiciliaria y los medicamentos de infusión domiciliaria proporcionados por un proveedor de terapias de infusión domiciliaria calificado. 		
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Es elegible para el beneficio de cuidados paliativos cuando el médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le hayan dado un pronóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y le quedan 6 meses o menos de vida si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan tiene la obligación de ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare que estén en el área de servicio del plan, incluso si la organización de MA es la propietaria, los controla o tiene intereses financieros en ellos. Su médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.</p> <p>Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor. • Atención de relevo a corto plazo. • Atención en el hogar. 	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Medicare Original paga los servicios de cuidados paliativos y los servicios de las Partes A y B que reciba relacionados con su pronóstico terminal, no BCN Advantage Community Value.</p> <p>Los medicamentos no relacionados con su afección médica terminal pueden estar cubiertos por su cobertura de medicamentos recetados. Consulte el Capítulo 5 de este documento para obtener más información.</p> <p>La cobertura de los coseguros/copagos de estos medicamentos no entra dentro del beneficio de cuidados paliativos y no le reembolsaremos el copago/coseguro.</p>	

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>Cuidados paliativos (continuación)</p> <p>Cuando lo admiten en un centro de cuidados paliativos, tiene el derecho de permanecer en su plan; si decide hacerlo, debe seguir pagando las primas del plan.</p> <p><u>Para los servicios de cuidados paliativos y los servicios que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Medicare Original (en lugar de nuestro plan) le pagará al proveedor de servicios de cuidados paliativos los servicios de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Medicare Original los servicios por los que pague Medicare Original. Usted recibirá la factura del costo compartido de Medicare Original.</p> <p><u>Para los servicios que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y no están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no sean de emergencia o de urgencia y que estén cubiertos por Medicare Parte A o B y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, el costo que usted debe pagar por estos servicios depende de si usa un proveedor dentro de la red de nuestro plan y si sigue las normas del plan (por ejemplo, si hay un requisito de pedir autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, solo debe pagar el monto de costos compartidos del plan para los servicios dentro de la red. 		

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>Cuidados paliativos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga los costos compartidos de tarifa por servicio de Medicare (Medicare Original). <p><u>Para los servicios que están cubiertos por BCN Advantage Community Value pero no por las Partes A o B de Medicare:</u> BCN Advantage Community Value seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos en virtud de la Parte A o B, independientemente de que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga el monto de costo compartido de su plan para estos servicios.</p> <p>Para los medicamentos que puedan estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su estado de salud terminal, usted pagará el costo compartido. Si están relacionados con su estado de salud terminal, entonces abona el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el programa de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?</i>).</p> <p>Nota: Si necesita atención que no sea de cuidados paliativos (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p>		

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p> Vacunas</p> <p>Entre los servicios cubiertos por Medicare Parte B se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna antineumocócica • Vacunas antigripales, una vez por temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas antigripales adicionales, de ser médicamente necesario • Vacuna contra la hepatitis B, si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas contra la COVID-19 • Otras vacunas, si tiene riesgo y reúnen los requisitos de cobertura de la Parte B <p>También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p> <p>Otras vacunas que cubre Medicare (como la vacuna contra la culebrilla o refuerzo contra el tétano) pueden estar cubiertas por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D. Lo que paga por las vacunas cubiertas por la Parte D dependerá del lugar donde recibe la vacuna. Si le administran la vacuna durante una visita al consultorio, podría tener un cargo adicional. (Consulte el capítulo 6, Sección 8 para obtener más información).</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19 no requieren el pago de coseguros, copagos ni deducibles.</p> <p>Las vacunas contra la gripe, la neumonía, la COVID-19 y otras están disponibles en tiendas minoristas de la red.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un coseguro o un copago.</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>Las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19 no requieren el pago de coseguros, copagos ni deducibles.</p> <p>Las vacunas contra la gripe, la neumonía, la COVID-19 y otras están disponibles en tiendas minoristas de la red.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un deducible, un coseguro o un copago.</p>
<p>Atención para pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye servicios en hospitales de agudos, de rehabilitación para pacientes hospitalizados, de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención médica para pacientes hospitalizados comienza el día en que lo ingresan formalmente en el hospital con la orden</p>	<p>Usted debe pagar los copagos por servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados de cada período de beneficios. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios.</p>	<p>Usted debe pagar los copagos por servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados de cada período de beneficios. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios.</p>


Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>Atención para pacientes hospitalizados (continuación) de un médico. El día anterior a que reciba el alta es su último día como paciente hospitalizado.</p> <p>★ Nuestro plan proporciona una cantidad ilimitada de días de hospitalización médicamente necesaria.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada, de ser médicamente necesario). • Las comidas incluyen dietas especiales. • Servicios de enfermería común. • Costos de unidades de atención especial (como las unidades de cuidados intensivos o cuidados coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de uso de quirófano y sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios para el abuso de sustancias en pacientes hospitalizados 	<p>Un período de beneficios comienza el día que es admitido en un hospital o centro de enfermería especializada. Finaliza cuando pasa 60 días seguidos sin recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada. No es necesaria una hospitalización previa. Los copagos se reinician cuando comienza un nuevo período de beneficios.</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <p>Días 1 a 6: copago de \$300 por día. Días 7 a 90: copago de \$0 por día. Paga \$0 por los días de hospitalización adicionales.</p> <p><i>Podrían aplicarse reglas de autorización. Salvo en un caso de emergencia, el médico debe informar al plan que lo hospitalizarán.</i></p>	<p>Un período de beneficios comienza el día que es admitido en un hospital o centro de enfermería especializada. Finaliza cuando pasa 60 días seguidos sin recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada. No es necesaria una hospitalización previa. Los copagos se reinician cuando comienza un nuevo período de beneficios.</p> <p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>Hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <p>35% de coseguro, después del deducible.</p> <p><i>Podrían aplicarse reglas de autorización. Salvo en un caso de emergencia, el médico debe informar al plan que lo hospitalizarán.</i></p>



Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>Atención para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> En determinadas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre e intestino/multivisceral. Si requiere un trasplante, coordinaremos para que su caso lo revise un centro de trasplante aprobado por Medicare que decida 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 dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un servicio local, siempre y cuando los proveedores de trasplante locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si BCN Advantage Community Value proporciona servicios de trasplante en lugares que quedan fuera del patrón de atención de trasplantes en su comunidad, y usted opta por obtener trasplantes en este lugar lejano, coordinaremos o pagaremos los costos adecuados de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. Se aplican limitaciones. Llame a BCN Advantage Community Value para obtener detalles. <p>★ Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de la sangre entera y los glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que necesita.</p>	<p>Si recibe atención autorizada como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red después de que se estabiliza su afección de emergencia, usted debe pagar los costos compartidos que pagaría en un hospital dentro de la red.</p>	<p>Si recibe atención autorizada como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red después de que se estabiliza su afección de emergencia, usted debe pagar los costos compartidos que pagaría en un hospital dentro de la red.</p>

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>Atención para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <p>Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios del médico. <p>Nota: Para que se lo considere un paciente hospitalizado, el proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente hospitalizado en el hospital y <i>BCN Advantage Community Value</i> debe autorizar la admisión. Aunque pase la noche en el hospital, igualmente se lo podría considerar paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También encontrará más información en la ficha informativa de Medicare <i>¿Es paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, pregunte.</i> Esta ficha informativa está disponible en la Web en www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de manera gratuita las 24 horas al día, los 7 días de la semana.</p>		
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. Hay un límite de por vida de 190 días para los servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de atención de salud</p>	<p>Un período de beneficios comienza el día que es admitido en un hospital o centro de enfermería especializada. Finaliza cuando pasa 60 días seguidos sin recibir atención en un hospital o centro de</p>	<p>Un período de beneficios comienza el día que es admitido en un hospital o centro de enfermería especializada. Finaliza cuando pasa 60 días seguidos sin recibir atención en un hospital o centro de</p>

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico (continuación)</p> <p>mental que se proporcionan en una unidad de psiquiatría de un hospital general. La atención médica para pacientes hospitalizados comienza el día en que lo ingresan formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a que reciba el alta es su último día como paciente hospitalizado.</p>	<p>enfermería especializada. No es necesaria una hospitalización previa. Los copagos se reinician cuando comienza un nuevo período de beneficios.</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Hospitalizaciones cubiertas por Medicare: Días 1 a 6: copago de \$300 por día. Días 7 a 90: copago de \$0 por día.</p> <p><i>Podrían aplicarse reglas de autorización. Salvo en un caso de emergencia, el médico debe informar al plan que lo hospitalizarán.</i></p>	<p>enfermería especializada. No es necesaria una hospitalización previa. Los copagos se reinician cuando comienza un nuevo período de beneficios.</p> <p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>Hospitalizaciones cubiertas por Medicare: 35% de coseguro, después del deducible.</p> <p><i>Podrían aplicarse reglas de autorización. Salvo en un caso de emergencia, el médico debe informar al plan que lo hospitalizarán.</i></p>
<p>Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios como paciente hospitalizado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos la hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos determinados servicios que reciba mientras esté en el hospital o el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios del médico. 	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p><u>Copago de \$0 para servicios profesionales para pacientes hospitalizados en un hospital dentro de la red o SNF.</u></p> <p>Cubrimos los servicios médicos; sin embargo, ya no cubrimos los cargos del SNF relacionados con el</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>Coseguro del 35% para servicios profesionales para pacientes hospitalizados en un hospital dentro de la red o SNF, después del deducible.</p> <p>Cubrimos los servicios médicos; sin embargo, ya no cubrimos los cargos del SNF relacionados con el</p>


Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio). • Radiografías, tratamiento con radio e isótopos, incluidos los materiales y servicios de un técnico. • Vendajes quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos protésicos y ortopédicos (que no sean dentales) que reemplacen la totalidad o parte de un órgano interno (incluido el tejido adyacente), o la totalidad o parte de la función de un órgano interno que no funciona o que funciona mal, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; soportes y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los repuestos que se requieran debido a rotura, desgaste, pérdida o cambios en la afección física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. 	<p>establecimiento.</p> <p>Coseguro del 20% para el costo de DME de prótesis y órtesis externas.</p> <p>El miembro debe obtener DME del proveedor de DME de BCN, Northwood, llamando al 1-800-667-8496, de 8:30 a.m. a 5 p.m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.</p> <p>Cuando se encuentren fuera del área de servicio del plan, los miembros deben comunicarse con Northwood.</p> <p><i>Podrían aplicarse reglas de autorización.</i></p>	<p>establecimiento.</p> <p>Coseguro del 20% para el costo de DME de prótesis y órtesis externas, después del deducible.</p> <p>El miembro debe obtener DME del proveedor de DME de BCN, Northwood, llamando al 1-800-667-8496, de 8:30 a.m. a 5 p.m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.</p> <p>Cuando se encuentren fuera del área de servicio del plan, los miembros deben comunicarse con Northwood.</p> <p><i>Podrían aplicarse reglas de autorización.</i></p>
<p>★ Beneficio de comidas</p> <p>Los miembros calificados seleccionados para formar parte de nuestro programa de administración de la atención Blue Cross Coordinated CareSM para miembros con necesidades médicas especiales que han sido dados de alta del hospital pueden ser</p>	<p>Copago de \$0 para miembros calificados para 28 comidas durante 14 días del proveedor de comidas aprobado del plan.</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>No cubierto.</p>

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>★ Beneficio de comidas (continuación)</p> <p>elegibles para un beneficio de comidas por dos semanas (14 días). Los miembros son elegibles para este beneficio durante un período de 30 días una vez que regresan al hogar del hospital.</p> <p>Se entregarán veintiocho (28) comidas en su hogar en un envase refrigerado en dos envíos (14 comidas por envío). Las comidas pueden adaptarse para cumplir con ciertas necesidades alimentarias.</p> <p>Se requiere una evaluación con un administrador de atención de enfermería de Blue Cross para determinar la elegibilidad del beneficio de comidas. Los miembros pueden recibir hasta 28 comidas después de cada alta del hospital.</p> <p>No hay límite anual para la cantidad de veces que se da este beneficio.</p>		
<p> Terapia nutricional</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (de los riñones) (pero que no reciben diálisis) o después de un trasplante de riñón, cuando lo indique su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que reciba servicios de terapia nutricional de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o Medicare Original) y 2 horas por año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, podría tener la posibilidad de recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe indicar estos servicios y renovar su orden</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Los miembros elegibles para este servicio de terapia nutricional cubierto por Medicare no deben pagar coseguro, copago ni deducible. Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un coseguro o un copago.</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>Los miembros elegibles para este servicio de terapia nutricional cubierto por Medicare no deben pagar coseguro, copago ni deducible. Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un deducible, un coseguro o un copago.</p>

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p> Terapia nutricional (continuación) una vez por año, si necesitara el tratamiento el siguiente año calendario.</p>		
<p> Programa para la prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del MDPP están cubiertos para los beneficiarios de Medicare elegibles en todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada dirigida al cambio de conducta de salud, que proporciona capacitación práctica sobre cambios en la dieta a largo plazo, el aumento de la actividad física y estrategias para la resolución de problemas, para superar los desafíos relacionados con mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	El beneficio del MDPP no requiere el pago de cosegueros, copagos ni deducibles.	
<p>Medicamentos recetados de Medicare Parte B Estos medicamentos están cubiertos en virtud de la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Entre los medicamentos cubiertos se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que habitualmente el paciente se autoadministra y que se administran mediante inyección o infusión mientras recibe servicios de un médico, de un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro de cirugía ambulatoria. • Insulina proporcionada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) 	<p><u>Proveedores dentro de la red o fuera de la red (POS)</u> 20% del monto aprobado por cada quimioterapia y medicamento de la Parte B no reembolsable cubierto por Medicare. Hasta el 20% del monto aprobado para los medicamentos reembolsables de la Parte B. <i>Podrían aplicarse reglas de autorización o terapia escalonada.</i> No más de \$35 por un suministro de un mes de insulina. Este deducible del punto de servicio no se aplica a la insulina.</p>	

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>Medicamentos recetados de Medicare de la Parte B (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otros medicamentos que el miembro se administra con el uso de equipo médico duradero (como nebulizadores) que el plan autorizó • Factores de coagulación que el miembro se autoadministra mediante inyección, si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunodepresores, si está inscrito en Medicare Parte A al momento de recibir el trasplante de órgano • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si el miembro está confinado al hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifica que estuvo relacionada con osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento • Antígenos (inyecciones para la alergia) • Determinados medicamentos contra el cáncer y contra las náuseas que se administran por vía oral. • Determinados medicamentos para diálisis en el hogar, incluidos heparina, el antídoto de la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritrocitopoyesis (como Epogen[®], Procrit[®], epoetina alfa, Aranesp[®] o darbepoetina alfa). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de deficiencia inmunitaria primarias 		

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>Medicamentos recetados de Medicare de la Parte B (continuación)</p> <p>El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a una terapia escalonada: www.bcbsm.com/amslibs/content/dam/public/providers/documents/ma-ppo-bcna-medical-drugs-prior-authorization.pdf.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D.</p> <p>En el Capítulo 5, se explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que se cubran las recetas. Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</p>		
<p>★ Móvil de crisis y estabilización de crisis por servicios de salud conductual</p> <p>El móvil de crisis y la estabilización de crisis para la salud conductual mejoran la atención para las personas que están en crisis. Los servicios abarcan servicios en el lugar, intervención móvil ante crisis por telesalud o en persona, junto con estabilización de crisis. Para obtener más información o para buscar un proveedor cerca de usted, visite www.bcbsm.com/mentalhealth o comuníquese con el servicio de atención al cliente de su plan de Medicare Advantage.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$20 por móvil de crisis y estabilización de crisis por servicios de salud conductual.</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>Coseguro del 35% después del deducible por móvil de crisis y estabilización de crisis por servicios de salud conductual.</p>

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p> Detección y tratamiento de la obesidad para promover la pérdida de peso sostenida</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de atención primaria, en el que se puede coordinar con el plan de prevención integral. Hable con su médico o profesional de atención primaria para obtener más información.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>No se debe pagar coseguro, copago ni deducible para la detección y el tratamiento preventivo de la obesidad.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un coseguro o un copago.</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>No se debe pagar coseguro, copago ni deducible para la detección y el tratamiento preventivo de la obesidad.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un deducible, un coseguro o un copago.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento por consumo de opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan que tienen trastorno por uso de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios a fin de tratar el OUD a través de un programa de tratamiento para el uso de opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para tratamiento con asistencia de medicamentos (MAT) con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. • Despacho y administración de medicamentos para MAT (si corresponde) • Terapia por el consumo de sustancias. • Terapia grupal e individual. • Prueba de toxicología. • Actividades de ingreso • Evaluaciones periódicas 	<p><u>Proveedores dentro de la red o fuera de la red (POS)</u></p> <p>Copago de \$0 por servicios del programa de tratamiento por consumo de opioides cubiertos por Medicare.</p>	

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>Pruebas de diagnóstico ambulatorias y servicios y suministros terapéuticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías. • Radioterapia (tratamiento con radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros de un técnico. • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. <p>★ Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de la sangre entera y los glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que necesita. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias. • Servicios de radiología de alta tecnología (por ejemplo, tomografías computarizadas [TC], ecocardiografía, angiografías por resonancia magnética [ARM], resonancias magnéticas [RMN], tomografías por emisión de positrones [TEP] o medicina nuclear). 	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Radiografías cubiertas por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$20 para servicios de radiología diagnóstica de baja tecnología cubiertos por Medicare. • Copago de \$100 para servicios de radiología diagnóstica de alta tecnología cubiertos por Medicare, como tomografías computadas (TC), resonancias magnéticas (MRI), angiografías por resonancia magnética (MRA) y tomografías por emisión de positrones (PET). 	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>Radiografías cubiertas por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coseguro del 35% para servicios de radiología diagnóstica de baja tecnología cubiertos por Medicare, después del deducible. • Coseguro del 35% para servicios de radiología diagnóstica de alta tecnología cubiertos por Medicare, como tomografías computadas (TC), resonancias magnéticas (MRI), angiografías por resonancia magnética (MRA) y tomografías por emisión de positrones (PET), después del deducible.

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
Pruebas de diagnóstico ambulatorias y servicios y suministros terapéuticos (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 20% para servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare. <p>Copago de \$0 por suministros quirúrgicos.</p> <p>Copago de \$0 por pruebas de COVID-19.</p> <p>Copago de \$0 para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare prestados en un laboratorio participante de Joint Venture Hospital Lab (JVHL).</p> <p>Copago de \$0 para sangre.</p> <p>Copago de \$20 para pruebas y procedimientos de diagnóstico ambulatorios.</p> <p><i>Podrían aplicarse reglas de autorización.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 35% para servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare, después del deducible. <p>Copago de \$0 por suministros quirúrgicos.</p> <p>Copago de \$0 por pruebas de COVID-19.</p> <p>Coseguro del 35% para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare prestados en un laboratorio que no participa de Joint Venture Hospital Lab (JVHL).</p> <p>Copago de \$0 para sangre.</p> <p>Coseguro del 35% para pruebas y procedimientos de diagnóstico ambulatorios.</p> <p>Se aplica un deducible del plan, salvo que el servicio sea un servicio preventivo cubierto por Medicare sin costo compartido.</p> <p><i>Podrían aplicarse reglas de autorización.</i></p>

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>Observación ambulatoria</p> <p>Los servicios de observación son servicios ambulatorios para determinar si es necesario ser admitido como paciente hospitalizado o ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios de observación ambulatoria estén cubiertos, deben cumplir los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solo se cubren cuando se proporcionan mediante la orden de un médico u otra persona autorizada por una ley de licenciamiento estatal o un estatuto de personal de hospital para admitir pacientes en el hospital o solicitar pruebas ambulatorias.</p> <p>Nota: Salvo que el proveedor haya escrito una orden para hospitalizarlo y <i>BCN Advantage Community Value autorice la hospitalización</i>, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque pase la noche en el hospital, igualmente se lo podría considerar paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También encontrará más información en la ficha informativa de Medicare <i>¿Es paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, pregunte</i>. Esta ficha informativa está disponible en la página web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o por teléfono, llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$90 por servicios de observación ambulatoria cubiertos por Medicare.</p> <p>Se puede aplicar el copago por sala de emergencias.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un coseguro o un copago.</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>Copago de \$90, después del deducible, por servicios de observación ambulatoria cubiertos por Medicare.</p> <p>Se puede aplicar el copago por sala de emergencias.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un deducible, un coseguro o un copago.</p>

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>Observación ambulatoria (continuación)</p> <p>Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de manera gratuita las 24 horas al día, los 7 días de la semana.</p>		
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para recibir el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía ambulatoria. • Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico que facture el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sería necesario el tratamiento como paciente hospitalizado sin esta. • Radiografías y otros servicios de radiología que facture el hospital. • Suministros médicos, como férulas y yesos. • Determinados medicamentos y agentes biológicos que el miembro no puede autoadministrarse. <p>Nota: Salvo que el proveedor haya escrito una orden para hospitalizarlo y <i>BCN Advantage Community Value</i> autorice la hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$0 para servicios paliativos cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$225 para cirugías en un hospital para pacientes ambulatorios cubiertas por Medicare.</p> <p>Los consultorios de proveedores o las clínicas para pacientes ambulatorios que sean propiedad de hospitales y operados por estos (conocidos como consultorios externos) pueden costarle más.</p> <p><i>Podrían aplicarse reglas de autorización.</i></p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>Coseguro del 35% para servicios paliativos cubiertos por Medicare, después del deducible.</p> <p>Coseguro del 35% para cirugías en un hospital para pacientes ambulatorios cubiertas por Medicare, después del deducible.</p> <p>Los consultorios de proveedores o las clínicas para pacientes ambulatorios que sean propiedad de hospitales y operados por estos (conocidos como consultorios externos) pueden costarle más.</p> <p><i>Podrían aplicarse reglas de autorización.</i></p>

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <p>costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque pase la noche en el hospital, igualmente se lo podría considerar paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También encontrará más información en la ficha informativa de Medicare <i>¿Es paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, pregunte.</i> Esta ficha informativa está disponible en la Web en www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de manera gratuita las 24 horas al día, los 7 días de la semana.</p>		
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes:</p> <p>Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional con licencia (LPC), terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), enfermero practicante (NP), auxiliar médico (PA) u otro profesional de atención médica calificado por Medicare, según se permita en virtud de las leyes estatales aplicables.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$20 por cada visita de terapia individual o grupal ambulatoria cubierta por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>Coseguro del 35% por cada visita de terapia individual o grupal ambulatoria cubierta por Medicare, después del deducible.</p>

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Entre los servicios cubiertos se incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se proporcionan en varios entornos ambulatorios, como departamentos de pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés).</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$30 por visita por visitas de terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare.</p> <p><i>Podrían aplicarse reglas de autorización.</i></p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>Coseguro del 35% por visita por visitas de terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare, después del deducible.</p> <p><i>Podrían aplicarse reglas de autorización.</i></p>
<p>Servicios por el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios incluyen asesoramiento, desintoxicación, análisis médicos y evaluación de diagnóstico.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$20 para cada servicio ambulatorio por abuso de sustancias cubierto por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>Coseguro del 35% para cada servicio ambulatorio por abuso de sustancias cubierto por Medicare, después del deducible.</p>
<p>Cirugía ambulatoria, incluidos servicios que se proporcionan en centros ambulatorios de hospitales y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: Si se realizará una cirugía en un hospital, debe verificar con su proveedor si será paciente hospitalizado o ambulatorio. Salvo que el proveedor escriba una orden para hospitalizarlo y <i>BCN Advantage Community Value autorice la hospitalización</i>, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por una cirugía ambulatoria. Aunque pase la noche en el hospital, igualmente se lo podría considerar paciente ambulatorio.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$0 para servicios de artroplastia de rodilla y cadera cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio.</p> <p>Copago de \$100 para cada cirugía ambulatoria cubierta por Medicare en un centro de cirugía ambulatoria.</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>Coseguro del 35% para servicios de artroplastia de rodilla y cadera cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio, después del deducible.</p> <p>Coseguro del 35% para cada cirugía ambulatoria cubierta por Medicare en un centro de cirugía ambulatoria, después del deducible.</p>

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>Cirugía ambulatoria, incluidos servicios que se proporcionan en centros ambulatorios de hospitales y centros quirúrgicos ambulatorios (continuación)</p>	<p>Copago de \$225 para cada cirugía en un hospital para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare, incluida la cirugía dental.</p> <p><i>Podrían aplicarse reglas de autorización.</i></p> <p>Las clínicas para pacientes ambulatorios que sean propiedad de hospitales y operadas por estos (conocidos como consultorios externos) pueden costarle más.</p>	<p>Coseguro del 35% para cada cirugía en un hospital para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare, incluida la cirugía dental, después del deducible.</p> <p><i>Podrían aplicarse reglas de autorización.</i></p> <p>Las clínicas para pacientes ambulatorios que sean propiedad de hospitales y operadas por estos (conocidos como consultorios externos) pueden costarle más.</p>
<p>★ Advantage Dollars para artículos de venta libre (OTC)</p> <p>Los artículos de venta libre (OTC) son medicamentos y productos relacionados con la salud que no necesitan receta médica. Este beneficio cubre ciertos medicamentos de venta libre sin receta aprobados y artículos relacionados con la salud.</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, antiácidos, pastillas para la tos, adhesivo para dentaduras postizas, gotas para los ojos, analgésicos, pasta dental y artículos de primeros auxilios.</p> <p>Además del beneficio de venta libre, los miembros calificados podrán usar la asignación para comprar alimentos</p>	<p>Usted recibirá \$125 trimestralmente.</p> <p>Recibirá una tarjeta de Advantage Dollars para comprar medicamentos de venta libre sin receta aprobados y artículos relacionados con la salud en ubicaciones minoristas participantes.</p> <p>La asignación se agrega cada trimestre (1 de enero, 1 de abril, 1 de julio, 1 de octubre). Los montos sin usar se acumulan</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>No cubierto.</p>

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>★ Advantage Dollars para artículos de venta libre (OTC) (continuación)</p> <p>saludables. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 <i>Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos, Asignación para alimentos</i>, para obtener más información.</p>	<p>para el siguiente trimestre pero no para el siguiente año calendario. El último día para usar los dólares de la asignación es el 31 de diciembre de 2024. Cualquier monto de la asignación sin gastar no se acumulará para 2025.</p> <p>Hay 4 maneras de utilizar el beneficio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En la tienda. Recibirá una tarjeta de Advantage Dollars por correo. Podrá usar esta tarjeta para comprar muchos artículos comunes en minoristas locales. En línea, encontrará una lista completa de los minoristas aprobados por el plan en www.bcbsm.com/medicareotc. 2. Por Internet. Visite www.bcbsm.com/medicareotc y siga las indicaciones para realizar el pedido utilizando el 	

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>★ Advantage Dollars para artículos de venta libre (OTC) (continuación)</p>	<p>catálogo en línea. Le enviarán los artículos por correo.</p> <p>3. Por correo. Puede solicitar un catálogo y un formulario de pedido impresos llamando al 1-855-856-7878 de lunes a viernes de 8 a.m. a 11 p.m., hora del este (TTY: 711). Complete el formulario de pedido y envíelo de regreso. Le enviarán los artículos por correo.</p> <p>4. Por teléfono. Seleccione los artículos a través del catálogo impreso o en línea y llame al 1-855-856-7878, de lunes a viernes de 8 a.m. a 11 p.m., hora del este, (TTY: 711). Le enviarán los artículos por correo.</p> <p>Nota: Todas las compras deben hacerse con minoristas aprobados por el plan.</p>	

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se proporciona como servicio ambulatorio en un hospital o en un centro comunitario de salud mental, es más intensivo que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento terapéutico activo para la salud conductual (mental) que se brinda en un departamento ambulatorio del hospital, en un centro comunitario de salud mental, en un centro de salud calificado por el Gobierno federal o en una clínica de salud rural. Es más intensivo que la atención que se brinda en el consultorio de un médico o terapeuta, pero menos intensivo que una hospitalización parcial.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$55 por servicios hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Podrían aplicarse reglas de autorización.</i></p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>Coseguro del 35% por servicios hospitalización parcial cubiertos por Medicare, después del deducible.</p> <p><i>Podrían aplicarse reglas de autorización.</i></p>
<p>Servicios de un médico/profesional, incluidas visitas al consultorio</p> <p>Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios quirúrgicos o la atención médicamente necesaria prestados en el consultorio del médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otra ubicación. • Consulta, diagnóstico y tratamiento con un especialista. 	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$0 por visitas al proveedor de atención primaria cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$35 por cada visita a un especialista para recibir beneficios cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>Coseguro del 35% por visitas al proveedor de atención primaria cubiertas por Medicare, después del deducible.</p> <p>Coseguro del 35% por cada visita a un especialista para recibir beneficios cubiertos por Medicare, después del deducible.</p>


Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>Servicios de un médico/profesional, incluidas visitas al consultorio (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Exámenes básicos de audición y equilibrio llevados a cabo por su médico de atención primaria o un especialista, si su médico lo ordena para ver si necesita tratamiento médico ★ Ciertos servicios de telesalud, incluidos servicios de atención médica primaria y sesiones individuales por servicios especializados en salud mental. Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita personal o mediante la telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios mediante la telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio de asistencia sanitaria telefónica. Como parte de su plan de Medicare Advantage, ofrecemos atención virtual segura y protegida. La atención virtual le brinda atención de urgencia y atención de salud conductual a través de su teléfono, tableta o computadora, desde cualquier parte de los Estados Unidos. Las visitas virtuales de atención de urgencias de médicos certificados de Estados Unidos están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana, sin cita. Las visitas virtuales de salud conductual están disponibles con cita para consultas con proveedores de salud conductual con licencia, como terapeutas, psicólogos y psiquiatras certificados de Estados Unidos. La 	<p>Copago de \$0 para procedimientos quirúrgicos cubiertos por Medicare llevados a cabo por un médico/profesional en el consultorio de un proveedor de atención primaria.</p> <p>Copago de \$35 para procedimientos quirúrgicos cubiertos por Medicare llevados a cabo por un médico/profesional en el consultorio de un especialista.</p> <p>Copago de \$0 por cada visita de salud mental de telesalud a través del proveedor aprobado por el plan.</p> <p>Copago de \$225 para cada cirugía en un hospital para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare, incluida la cirugía dental.</p> <p>Los consultorios de proveedores o las clínicas para pacientes ambulatorios que sean propiedad de hospitales y operados por estos (conocidos como consultorios externos) pueden costarle más.</p>	<p>Coseguro del 35% para cada cirugía en consultorio cubierta por Medicare, después del deducible.</p> <p>Coseguro del 35% para cada cirugía en un hospital para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare, incluida la cirugía dental.</p> <p>Los consultorios de proveedores o las clínicas para pacientes ambulatorios que sean propiedad de hospitales y operados por estos (conocidos como consultorios externos) pueden costarle más.</p>

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>Servicios de un médico/profesional, incluidas visitas al consultorio (continuación)</p> <p>atención virtual está disponible a través de Teladoc Health®, una empresa independiente que es el proveedor aprobado de nuestro plan. Este servicio es aparte de la atención virtual que ofrezca su médico personal.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ También puede usar Teladoc Health® para acceder a los servicios de telesalud. Para obtener más información, visite www.bcbsm.com/virtualcare o llame al 1-800-835-2362, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-636-1578. ◦ Citas médicas generales de urgencia disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año (p. ej., dolor de garganta, fiebre, etc.) ◦ La disponibilidad de las citas de salud mental es los 7 días de la semana, de 7 a.m. a 9 p.m. hora local. ◦ Los proveedores se comunicarán con los miembros directamente. Las citas no se llevan a cabo por el número 800 mencionado arriba. • Algunos servicios de telesalud, incluidos consultas, diagnósticos y tratamientos por parte de un médico o profesional o pacientes en determinadas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare 	<p>Si, durante una visita al consultorio, se realiza un procedimiento quirúrgico o de diagnóstico, estos procedimientos se consideran diagnósticos y usted será responsable del costo a su cargo por el servicio quirúrgico cubierto por Medicare además del copago por la visita al consultorio.</p> <p><i>Podrían aplicarse reglas de autorización.</i></p>	<p>Si, durante una visita al consultorio, se realiza un procedimiento quirúrgico o de diagnóstico, estos procedimientos se consideran diagnósticos y usted será responsable del costo a su cargo por el servicio quirúrgico cubierto por Medicare además del copago por la visita al consultorio.</p> <p><i>Podrían aplicarse reglas de autorización.</i></p>



Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>Servicios de un médico/profesional, incluidas visitas al consultorio (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para las visitas mensuales relacionadas con una enfermedad renal en etapa final para miembros de diálisis en el hogar en un consultorio externo de diálisis renal con acceso crítico, un centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, valorar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con trastorno por abuso de sustancias o trastorno de salud mental concomitante, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental, con las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tiene una consulta en persona menos de 6 meses antes de su primera consulta de telesalud. ◦ Tiene una consulta en persona cada 12 meses a la vez que recibe estos servicios de telesalud. ◦ Pueden hacerse excepciones a lo anterior en circunstancias especiales. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental brindados por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados por el Gobierno federal 		



Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>Servicios de un médico/profesional, incluidas visitas al consultorio (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control virtual (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5 a 10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ◦ no es un paciente nuevo y ◦ el control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ◦ el control no conlleva una visita al consultorio en el plazo de 24 horas o la cita más próxima disponible. • Evaluación por video o imágenes enviadas al médico o interpretación y seguimiento por parte del médico en el plazo de 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ◦ no es un paciente nuevo y ◦ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ◦ la evaluación no conlleva una visita al consultorio en el plazo de 24 horas o la cita más próxima disponible. • Consultas que su médico realice con otros médicos por teléfono o en línea o consultas de su historia clínica electrónica • Segunda opinión de otro proveedor dentro de la red antes de una cirugía. • Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a una cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para sesiones 		


Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>Servicios de un médico/profesional, incluidas visitas al consultorio (continuación)</p> <p>de radioterapia por neoplasias o servicios que estarían cubiertos en caso de ser proporcionados por un médico).</p>		
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo • o espolón calcáneo). • Atención de los pies de rutina para miembros con determinadas afecciones que afectan las extremidades inferiores. • Pruebas de diagnóstico ambulatorias y servicios y suministros terapéuticos 	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$35 para servicios de podiatría cubiertos por Medicare.</p> <p>Para servicios que no sean visitas al consultorio de un especialista, consulte las siguientes secciones de esta tabla de beneficios para ver el costo compartido del miembro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de un médico/profesional, incluidas visitas al consultorio • Cirugía ambulatoria, incluidos servicios que se proporcionan en centros ambulatorios de hospitales y centros quirúrgicos ambulatorios 	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>Coseguro del 35% para servicios de podiatría cubiertos por Medicare, después del deducible.</p> <p>Para servicios que no sean visitas al consultorio de un especialista, consulte las siguientes secciones de esta tabla de beneficios para ver el costo compartido del miembro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de un médico/profesional, incluidas visitas al consultorio • Cirugía ambulatoria, incluidos servicios que se proporcionan en centros ambulatorios de hospitales y centros quirúrgicos ambulatorios

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
Servicios de podiatría (continuación)	El médico puede cobrar un copago por cirugía ambulatoria por el corte de uñas de los pies. <i>Podrían aplicarse reglas de autorización.</i>	El médico puede cobrar un copago por cirugía ambulatoria por el corte de uñas de los pies. <i>Podrían aplicarse reglas de autorización.</i>
 Exámenes de detección del cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes, que se proporcionan una vez cada 12 meses: <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal • Prueba del antígeno prostático específico (PSA). 	<u>Dentro de la red</u> No se deben pagar coseguros, copagos ni deducibles por la prueba anual del PSA ni por el tacto rectal. Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un coseguro o un copago.	<u>Fuera de la red (POS)</u> No se deben pagar coseguros, copagos ni deducibles por la prueba anual del PSA ni por el tacto rectal. Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un deducible, un coseguro o un copago.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan la totalidad o parte de una parte o función del cuerpo. Entre estos se incluyen, a título enunciativo, bolsas para colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de una colostomía, marcapasos, dispositivos ortopédicos, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos. También incluye alguna cobertura tras la extracción de cataratas o cirugía de	<u>Dentro de la red</u> Coseguro del 20% del monto aprobado por dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare. El miembro puede obtener las prótesis y los artículos de ortopedia del proveedor de P&O de BCN, Northwood, llamando al 1-800-667-8496, de 8:30 a.m. a 5 p.m. de lunes a	<u>Fuera de la red (POS)</u> Coseguro del 20% del monto aprobado por dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare, después del deducible. El miembro puede obtener las prótesis y los artículos de ortopedia del proveedor de P&O de BCN, Northwood, llamando al 1-800-667-8496, de 8:30 a.m. a 5 p.m. de lunes a

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados (continuación)</p> <p>cataratas; para obtener más detalles, consulte <i>Atención de la vista</i> más adelante en esta sección. La cobertura de prótesis y artículos de ortopedia se limita a equipo básico. El equipo de lujo o de categoría superior debe ser médicamente necesario y requiere aprobación previa para su cobertura. No está cubierta la selección de estilos, colores y materiales personalizados.</p>	<p>viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.</p> <p>Cuando se encuentren fuera del área de servicio del plan, los miembros deben comunicarse con Northwood.</p> <p><i>Podrían aplicarse reglas de autorización.</i></p>	<p>viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.</p> <p>Cuando se encuentren fuera del área de servicio del plan, los miembros deben comunicarse con Northwood.</p> <p><i>Podrían aplicarse reglas de autorización.</i></p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Están cubiertos los programas integrales de rehabilitación pulmonar para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una orden para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$0 para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>Coseguro del 35% para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare, después del deducible.</p>
<p>Servicios de salud en establecimientos minoristas</p> <p>Cubrimos visitas a clínicas de atención sin cita previa que tengan contrato con el plan (que se encuentren en un entorno de farmacia) para cuestiones de salud menores que requieran atención rápidamente, pero que no sean afecciones de emergencia, como dolor de garganta, dolor de oído, quemaduras solares, torceduras y esguinces, y retiro de suturas.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$35 por servicios de clínica de salud en establecimientos minoristas.</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>Coseguro del 35% por servicios de clínica de salud en establecimientos minoristas, después del deducible.</p>

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p> Detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido del alcohol</p> <p>Cubrimos 1 examen de detección de consumo indebido del alcohol para adultos que tengan Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que hagan un consumo indebido del alcohol, pero que no tengan dependencia de este.</p> <p>Si obtiene un resultado positivo en el examen de detección de consumo indebido del alcohol, puede obtener hasta 4 sesiones breves en persona por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) con un médico o profesional de atención primaria calificado en un entorno de atención primaria.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>No se deben pagar coseguros, copagos ni deducibles para usar el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido del alcohol cubierto por Medicare.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un coseguro o un copago.</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>No se deben pagar coseguros, copagos ni deducibles para usar el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido del alcohol cubierto por Medicare.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un deducible, un coseguro o un copago.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada en dosis bajas (LDCT)</p> <p>Para las personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son personas de entre 50 y 77 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón, que tienen antecedentes de fumar, con un índice de, al menos, 20 paquetes-año, y que actualmente fumen o hayan dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito para una LDCT durante una visita de asesoramiento para detección del cáncer de pulmón y para toma de decisiones compartidas que cumpla con los criterios de Medicare para dichas visitas y que la proporcione un médico o un profesional no médico calificado.</p>	<p>No se deben pagar coseguros, copagos ni deducibles para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida ni para la LDCT cubiertas por Medicare.</p>	



Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p> Pruebas de detección de cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada en dosis bajas (LDCT) (continuación)</p> <p><i>Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón después de una prueba de LDCT inicial, el miembro debe recibir una orden por escrito para realizarse un examen de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT, que puede ser proporcionada durante cualquier visita adecuada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado opta por proporcionar una visita de asesoramiento para la detección del cáncer de pulmón y para la toma de decisiones compartida para realizar exámenes de detección del cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.</i></p>		
<p> Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para mujeres embarazadas y para determinadas personas que tienen un mayor riesgo de tener una ITS cuando las pruebas las ordena un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones de asesoramiento conductual de alta intensidad en persona individuales de entre 20 y</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>No se deben pagar coseguros, copagos ni deducibles para usar el beneficio preventivo de exámenes de detección de ITS y asesoramiento sobre ITS cubierto por Medicare.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un coseguro o un copago.</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>No se deben pagar coseguros, copagos ni deducibles para usar el beneficio preventivo de exámenes de detección de ITS y asesoramiento sobre ITS cubierto por Medicare.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un deducible, un coseguro o un copago.</p>

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p> Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas (continuación)</p> <p>30 minutos por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ITS. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si las proporciona un proveedor de atención primaria y se llevan a cabo en un entorno de atención primaria, como un consultorio médico.</p>		
<p>Servicios para el tratamiento de enfermedad renal</p> <p>Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar sobre cuidado renal y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en estadio IV que reciben derivación de su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluso los 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 o no es posible comunicarse con él temporalmente) • Tratamientos de diálisis como paciente hospitalizado (si lo hospitalizan para proporcionarle atención especial). 	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Coseguro del 20% por tratamiento de diálisis renal cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para servicios de educación sobre enfermedad renal cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>Coseguro del 35% por tratamiento de diálisis renal cubierto por Medicare, después del deducible.</p> <p>Copago de \$0 para servicios de educación sobre enfermedad renal cubiertos por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>Servicios para el tratamiento de enfermedad renal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación sobre diálisis autoadministrada (incluye capacitación para usted y para la persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en el hogar). • Equipo y suministros para diálisis en el hogar. • Determinados servicios de apoyo en el hogar (como visitas de parte de trabajadores de diálisis capacitados, cuando sea necesario, para controlar cómo se está realizando la diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y para controlar el estado del equipo de diálisis y su suministro de agua). <p>Determinados medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de Medicare Parte B. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección <i>Medicamentos recetados de Medicare Parte B</i>.</p>		
<p>Atención en centros de enfermería especializada (SNF)</p> <p>(Para obtener la definición de atención en centros de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12 de este documento. A los centros de enfermería especializada a veces se los llama SNF). Tiene 100 días cubiertos por período de beneficio.</p> <p>★ No es necesaria una hospitalización previa.</p>	<p>Un período de beneficios comienza el día que es admitido en un hospital o centro de enfermería especializada. Finaliza cuando pasa 60 días seguidos sin recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada.</p>	<p>Un período de beneficios comienza el día que es admitido en un hospital o centro de enfermería especializada. Finaliza cuando pasa 60 días seguidos sin recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada.</p>

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>Atención en centros de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <p>La atención en centros de enfermería especializada para pacientes hospitalizados comienza el día en que lo ingresan formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a que reciba el alta es su último día como paciente hospitalizado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada, de ser médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (incluidas las sustancias que se encuentran naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre). <p>★ Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de la sangre entera y los glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que necesita. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros médicos y quirúrgicos que comúnmente proporcionan los SNF • Análisis de laboratorio que normalmente proporcionan los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología que normalmente proporcionan los SNF. 	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Días 1 a 20: copago de \$0 por día. Días 21 a 100: copago de \$188 por día.</p> <p><i>Podrían aplicarse reglas de autorización.</i></p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>Coseguro del 35% por día, después del deducible.</p> <p><i>Podrían aplicarse reglas de autorización.</i></p>

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>Atención en centros de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El uso de aparatos, como sillas de ruedas, que normalmente proporcionan los SNF. • Servicios de médicos/profesionales. <p>Por lo general, recibe la atención en SNF en centros dentro de la red. Sin embargo, en determinadas afecciones que se enumeran a continuación, podría pagar costos compartidos dentro de la red por un centro que no sea un proveedor dentro de la red, si el centro acepta los montos de nuestro plan como pago.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un centro de enfermería o una comunidad de retiro que brinda atención continua en la que haya estado viviendo justo antes de ser hospitalizado (siempre y cuando proporcione atención como centro de enfermería especializada). • Un SNF en el que su cónyuge o pareja de hecho viva al momento en que recibe el alta del hospital 		


Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p> Apoyo para dejar de fumar y usar productos del tabaco (asesoramiento)</p> <p><u>Si usted consume tabaco, pero no presenta signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco:</u> Cubrimos 2 intentos de asesoramiento para dejar de consumir tabaco en un período de 12 meses como servicio preventivo, sin costo para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta 4 visitas en persona.</p> <p><u>Si usted consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el cigarrillo o si toma un medicamento cuyo efecto podría verse alterado por el tabaco:</u> Cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de consumir tabaco. Cubrimos 2 intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará los costos compartidos aplicables. Cada intento de asesoramiento incluye hasta 4 visitas en persona.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>No se deben pagar coseguros, copagos ni deducibles para usar los beneficios preventivos de dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un coseguro o un copago.</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>No se deben pagar coseguros, copagos ni deducibles para usar los beneficios preventivos de dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un deducible, un coseguro o un copago.</p>
<p> Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos</p> <p>Asignación para alimentos y productos alimenticios</p> <ul style="list-style-type: none"> Los miembros con determinadas afecciones médicas pueden usar su asignación trimestral Advantage Dollars para artículos de venta libre para comprar alimentos aprobados. Este beneficio estará disponible solo para miembros identificados del plan a los que le hayan diagnosticado lo siguiente: Artritis; trastornos autoinmunitarios (poliarteritis nodular, polimiositis reumática, 	<p>Usted recibirá \$125 trimestralmente.</p> <p>Ese monto se cargará automáticamente a su cuenta de OTC el 1 de enero, el 1 de abril, el 1 de julio y el 1 de octubre. El último día para usar los dólares de la asignación es el 31 de diciembre de 2024. Cualquier monto de los dólares de la asignación sin gastar no se acumulará para 2025.</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>No cubierto.</p>



Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>★ Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (continuación)</p> <p>polimiositis, lupus eritematoso sistémico); cáncer (no incluye afecciones precancerosas ni el cáncer localizado); arritmias cardiacas; alcoholismo crónico u otra drogodependencia; trastornos cardiovasculares crónicos (enfermedad de las arterias coronarias [EAC], enfermedad vascular periférica, tromboembolia venosa crónica); afecciones de salud mental incapacitantes y crónicas; insuficiencia cardiaca crónica; trastornos pulmonares crónicos (enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC]); demencia; diabetes; enfermedad hepática en etapa terminal, enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) que requiere diálisis; VIH/SIDA; hipertensión; trastornos neurológicos; prediabetes; trastornos hematológicos graves (anemia aplásica, hemofilia, púrpura trombocitopénica inmunitaria, síndrome mielodisplásico, anemia drepanocítica [no incluye tener el rasgo de células falciformes], tromboembolia venosa crónica.); o accidente cerebrovascular.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nota: Este beneficio sirve con la asignación Advantage Dollars para artículos de venta libre (OTC) y está limitado a un monto máximo de asignación para artículos OTC. <p>Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 Advantage Dollars para artículos de venta libre (OTC) para obtener más información.</p>		


Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>Terapia de ejercicios supervisada (SET)</p> <p>La SET está cubierta para miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y una derivación para la SET del médico responsable del tratamiento de la PAD.</p> <p>Están cubiertas hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumple con los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constar de sesiones que duren entre 30 y 60 minutos, que incluyan un programa de capacitación con ejercicios terapéuticos para la PAD en pacientes con claudicación. • Ser llevado a cabo en un entorno ambulatorio en un hospital o en un consultorio médico. • Ser proporcionado por el personal auxiliar calificado que sea necesario para asegurar que los beneficios superen los daños y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la PAD. • Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, un auxiliar médico o un profesional de enfermería/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado tanto en técnicas básicas como avanzadas de apoyo vital. <p>El programa de SET puede estar cubierto más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas y cubrirse por 36 sesiones adicionales por un período prolongado si un proveedor de atención de la salud lo considera médicamente necesario.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$0 para cada servicio de terapia de ejercicios supervisada cubierto por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>Coseguro del 35% para cada servicio de terapia de ejercicios supervisada cubierto por Medicare, después del deducible.</p>



Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>★ Apoyo para cuidadores de afiliados</p> <p>Los miembros elegibles que tienen un cuidador no profesional (como un familiar u otra persona que los atiende) pueden ser elegibles para acceder a una herramienta de apoyo para cuidadores en línea. Esta herramienta brinda capacitación, orientación y apoyo a los cuidadores no profesionales que atienden a miembros con demencia u otras afecciones de alto riesgo. Los cuidadores tendrán acceso a orientación, educación y apoyo en línea donde aprenderán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cómo manejar el estrés y el aislamiento social • Cómo acceder a los recursos disponibles, tales como transporte y asistencia médica en el hogar • Mejoras de seguridad en el hogar • Cómo evitar caídas • Planes de atención avanzada <p>Los miembros que califiquen serán derivados a este programa por el administrador de la atención.</p> <p>Para que un cuidador califique para este beneficio, el <u>miembro</u> debe cumplir los siguientes requisitos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Haber sido seleccionado para formar parte del programa de administración de la atención Blue Cross Coordinated CareSM para miembros con necesidades médicas especiales. 2. Ser atendido en el hogar por un familiar u otra persona que se beneficiaría de este programa. 	<p>Copago de \$0 por apoyo para cuidadores de afiliados.</p> <p>Se requiere una evaluación con un administrador de atención de enfermería para determinar la elegibilidad.</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>No cubierto.</p>

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>★ Servicios de transporte</p> <p>Todos los miembros son elegibles para 1 viaje de ida y vuelta a una visita de bienestar mejorada dentro del estado de Michigan, sin necesidad de derivación. Para organizar el transporte, llame al 1-888-617-0468 de lunes a viernes de 6 a.m. a 6 p.m., hora del este. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Llame con 48 horas de antelación para programar el transporte.</p> <p>Para los miembros calificados que residen en los condados de Wayne, Oakland, Macomb y Washtenaw solamente, el transporte médico que no es de emergencia está cubierto por hasta 28 días después del alta del hospital.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los miembros calificados seleccionados para Blue Cross Coordinated CareSM, nuestro programa de administración de la atención para miembros con necesidades médicas especiales, pueden ser elegibles para el transporte médico que no es de emergencia (NEMT) provisto por un proveedor de transporte aprobado por el plan a citas médicas, fisioterapia, farmacias u otras ubicaciones aprobadas por el plan. • Su administrador de la atención debe arreglar el traslado con el proveedor de transporte aprobado por el plan. 	<p>Copago de \$0 por transporte para 1 viaje de ida y vuelta por año calendario a una visita de bienestar mejorada dentro del estado de Michigan, sin necesidad de derivación.</p> <p>Copago de \$0 para los miembros calificados que residen en los condados de Wayne, Oakland, Macomb y Washtenaw, transporte médico que no es de emergencia cubierto por hasta 28 días después del alta del hospital.</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>No cubierto.</p>
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Los servicios de urgencia se prestan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es una emergencia y requiere atención médica inmediata pero,</p>	<p>Copago de \$45 por servicios de urgencia cubiertos por Medicare en un centro de atención de urgencia.</p> <p>Copago de \$0 por servicios de urgencia cubiertos por Medicare en el consultorio de un médico de atención primaria.</p>	

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>Servicios de urgencia (continuación)</p> <p>dadas sus circunstancias, no es posible o razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. Si, dadas las circunstancias, no es razonable obtener de inmediato la atención médica de un proveedor de la red, entonces el plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios son de necesidad inmediata y médicamente necesarios.</p> <p>Estos son algunos ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red: Usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan y requiere servicios inmediatos médicamente necesarios por una afección imprevista pero que no es una emergencia médica; o es irrazonable dadas las circunstancias obtener de inmediato la atención médica de un proveedor de la red. Los costos compartidos por los servicios de urgencia necesarios que se proporcionen fuera de la red son los mismos que por dichos servicios cuando se proporcionan dentro de la red.</p> <p>★ Tiene cubierta la atención médica de urgencia en todo el mundo.</p>	<p>Hay un límite combinado de \$50,000 de por vida que se aplica a la atención médica de urgencia y de emergencia recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	
<p> Atención de la vista</p> <p>Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios ambulatorios de un médico para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluido el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad (sin embargo, las inyecciones de medicamentos de la 	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Servicios de la vista cubiertos por Medicare</p> <p>Examen para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones del ojo</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>Servicios de la vista cubiertos por Medicare</p> <p>Examen para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones del ojo</p>

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p> Atención de la vista (continuación)</p> <p>Parte B en el ojo están cubiertas por separado por los medicamentos recetados de Medicare Parte B). Medicare Original no cubre exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) para obtener anteojos/lentes de contacto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para las personas con riesgo alto de glaucoma, cubrimos 1 examen de detección de glaucoma por año. Entre las personas con riesgo alto de glaucoma se incluyen: las personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, personas afroamericanas de 50 años o mayores, y personas hispanoamericanas de 65 años o mayores • Para las personas con diabetes, está cubierto el examen de detección de retinopatía diabética una vez por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la introducción de un lente intraocular. (Si se realiza 2 operaciones de cataratas por separado, no puede reservarse el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 anteojos después de la segunda cirugía). • Lentes/marcos correctivos (y repuestos) necesarios después de una extracción de cataratas sin un implante de lente. <p> Servicios de la vista mejorados*</p> <p>Usted es elegible para 1 examen ocular de rutina una vez cada año calendario.</p>	<p>Copago de \$0 por el examen de un proveedor de atención primaria</p> <p>Copago de \$0 por el examen de retinopatía diabética</p> <p>Copago de \$35 por el examen de un especialista</p> <p>Copago de \$0 por la prueba de detección de glaucoma</p> <p>Copago de \$0 para un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas</p> <p>Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un coseguro o un copago.</p>	<p>Coseguro del 35% por el examen de un proveedor de atención primaria, después del deducible.</p> <p>Coseguro del 35% por el examen de retinopatía diabética, después del deducible.</p> <p>Coseguro del 35% por el examen de un especialista, después del deducible.</p> <p>Copago de \$0 por la prueba de detección de glaucoma</p> <p>Coseguro del 35% para un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas, después del deducible.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un deducible, un coseguro o un copago.</p>
	<p>Atención de la vista mejorada</p> <p>Copago de \$0 por hasta un examen</p>	<p>Atención de la vista mejorada</p> <p>No cubierto.</p>

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p> Atención de la vista (continuación)</p> <p>Usted es elegible para 1 de las siguientes opciones cada año calendario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes de contacto electivos O • Un par de lentes de anteojos estándar O • Un marco O • Un par completo de anteojos. <p>Se brinda una asignación cada año calendario para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes de contacto electivos O • Un juego de marcos <p>Para el par completo de anteojos, la asignación puede usarse solo para el marco.</p> <p>Los lentes para anteojos estándar están cubiertos en su totalidad una vez cada año calendario.</p> <p>Si se eligen lentes de contacto electivas, están cubiertas hasta el beneficio máximo para la vista.</p> <p>Los proveedores de VSP Vision Care representan la red del plan para la vista. Un proveedor de VSP debe brindar la atención de la vista de rutina para que los servicios se consideren dentro de la red. Para encontrar un proveedor de VSP Choice Network, vaya a VSP.com o llame al 1-877-365-5430 de 8 a.m. a 11 p.m., hora del este, de lunes a sábado. Los clientes con discapacidad auditiva pueden llamar al 1-800-428-4833 para obtener asistencia.</p>	<p>ocular de rutina una vez por año calendario.</p> <p>Copago de \$0 por lentes de contacto electivos o un marco una vez por año calendario.</p> <p>El beneficio de anteojos proporciona un beneficio máximo combinado dentro y fuera de la red de \$150 una vez por año calendario y puede usarse para (a) lentes de contacto electivos o (b) 1 marco.</p> <p>Los lentes para anteojos estándar están cubiertos en su totalidad una vez cada año calendario.</p> <p>Consulte también el Capítulo 4, Sección 2.2 Beneficios “complementarios opcionales” adicionales que puede comprar para obtener los servicios de la vista no cubiertos por Medicare que están disponibles a través de este plan por una prima mensual adicional.</p>	

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p> Visita preventiva de bienvenida a Medicare</p> <p>El plan cubre la visita preventiva Bienvenida a Medicare que se realiza una única vez. La visita incluye una revisión de su salud, así como información y asesoramiento acerca de los servicios preventivos que necesita (entre ellos algunos controles y vacunas) y, de ser necesario, las derivaciones para recibir otra atención.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva Bienvenida a Medicare solo en el término de los primeros 12 meses que tenga Medicare Parte B. Cuando solicite la cita, informe al consultorio de su médico que le gustaría programar la visita preventiva Bienvenida a Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>No se debe pagar coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de bienvenida a Medicare. Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un coseguro o un copago.</p>	<p><u>Fuera de la red (POS)</u></p> <p>No se debe pagar coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de bienvenida a Medicare. Si recibe otros servicios durante la visita, podrían aplicarse un deducible, un coseguro o un copago.</p>
<p> Cobertura de emergencia internacional</p> <p>Si necesita atención fuera de los Estados Unidos y sus territorios, solo tiene cobertura para servicios de emergencia, servicios de urgencia y traslado de emergencia.</p> <p>En general, la atención de la salud que recibe mientras se encuentra de viaje fuera de los Estados Unidos y sus territorios se limita a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de urgencia (servicios que necesita recibir para evitar la probable aparición de una afección médica de emergencia). • Atención de emergencia (tratamiento que se necesita de inmediato porque cualquier demora significaría un riesgo de daño permanente para su salud). 	<p>Copago de \$90 para cada visita de servicio de emergencia internacional.</p> <p>Copago de \$45 para cada visita de servicio de atención de urgencia internacional.</p> <p>Copago de \$250 para cada transporte ida o de vuelta de emergencia internacional.</p> <p>Hay un límite combinado de \$50,000 de por vida que se aplica a la atención médica de urgencia y de emergencia y el transporte de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p> <p>BCN Advantage tiene cobertura limitada para servicios de salud fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Puede optar por contratar un seguro de viaje para obtener más cobertura.</p>	

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS) fuera de la red
<p>★ Cobertura de emergencia internacional (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Tiene cobertura para traslados de emergencia en todo el mundo (transporte inmediatamente necesario dado que una demora implicaría un riesgo de daño permanente para su salud). <p>Servicios no cubiertos mientras viaja fuera de los Estados Unidos y sus territorios</p> <ul style="list-style-type: none"> En virtud de la ley federal, BCN Advantage no puede cubrir los medicamentos recetados que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Diálisis de mantenimiento. <p>Servicios en un crucero</p> <ul style="list-style-type: none"> No cubrimos servicios médicos que se llevan a cabo fuera del territorio marítimo de los Estados Unidos. No podemos cubrir sesiones de diálisis en un crucero, independientemente del lugar donde se encuentre el barco, porque un crucero nunca es un centro de diálisis certificado por Medicare. 		

Beneficio del punto de servicio

<p>Beneficio del punto de servicio Servicios del que están cubiertos</p>	<p>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</p>
<p>★ Dentro de los Estados Unidos, incluido el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes de los EE. UU., Guam, Samoa Americana y las Islas Marianas del Norte.</p> <p>Si necesita atención mientras se encuentra fuera de Michigan, pero dentro de los Estados Unidos, nuestro beneficio de punto de servicio (que se ofrece a través de la red nacional de Blue Plan Providers mediante Blue Cross and Blue Shield Association) le permite recibir atención de rutina y de seguimiento según sea necesario de parte de proveedores que participan con los planes de Blue.</p> <p>En la mayoría de los casos, no cubrimos el equipo médico duradero, los servicios de laboratorio y los medicamentos especializados que le proporcionen proveedores fuera del estado, salvo que el miembro viaje fuera de Michigan.</p> <p>No cubrimos servicios de transporte no cubiertos por Medicare fuera del estado.</p> <p>No cubrimos visitas a clínicas de salud de un establecimiento minorista como beneficio del punto de servicio.</p>	<p>Cuando usa la red nacional del beneficio de Blue Plan Providers, sus costos compartidos correspondientes serán los mismos que los que se describen en la Tabla de beneficios médicos que figura más arriba. Se aplicará un deducible de \$250 por el punto de servicio.</p> <p>El monto de copago a un especialista se aplica tanto a visitas a proveedores de atención primaria como a especialistas fuera de su área de servicio de la red.</p> <p>El costo del servicio, en el que se basa su responsabilidad (copago/ coseguro), es el monto permitido por Medicare para los servicios cubiertos.</p> <p>Si usted sabe que necesitará atención cuando esté de viaje, debe coordinar la atención con su proveedor de atención primaria antes de viajar fuera del estado.</p> <p><i>Podrían aplicarse reglas de autorización.</i></p> <p>Los únicos servicios que están siempre cubiertos sin autorización son los servicios de emergencia y urgencia médica.</p>

Beneficio del punto de servicio Servicios del que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>★ Dentro de los Estados Unidos, incluido el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes de los EE. UU., Guam, Samoa Americana y las Islas Marianas del Norte. (continuación)</p>	<p>La atención que recibe a través de nuestra red nacional de punto de servicio del beneficio de Blue Plan Providers se contará a favor del monto máximo de costos a su cargo.</p> <p>Para encontrar médicos, centros, laboratorios y proveedores de equipos médicos duraderos participantes fuera de Michigan, llame al 1-800-810-2583, las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.</p>

Sección 2.2 Beneficios complementarios opcionales adicionales que puede comprar

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no están cubiertos por Medicare Original y que no están incluidos en su paquete de beneficios. Estos beneficios adicionales se llaman **beneficios complementarios opcionales**. Si desea obtener estos beneficios complementarios opcionales, debe inscribirse para recibirlos y es posible que deba pagar una prima adicional. Los beneficios complementarios opcionales que se describen en esta sección quedan sujetos al mismo proceso de apelación que cualquier otro beneficio.

Los copagos y coseguros de beneficios complementarios opcionales no cuentan a favor del monto máximo de costos a su cargo ni su deducible.

Puede añadir beneficios complementarios opcionales durante un período de inscripción válido utilizando el formulario de inscripción de BCN Advantage o a través del proceso de inscripción en línea.

Para dejar de recibir los beneficios complementarios opcionales, envíe una solicitud por escrito a:

Blue Care Network
 Mail Code C300 BCNA
 20500 Civic Center Drive
 Southfield, MI 48076

Si actualmente está inscrito en beneficios complementarios, no tiene que volver a inscribirse. Seguirá estando inscrito en el paquete de beneficios complementarios opcionales que eligió, y sus beneficios continuarán desde el año anterior. Si no paga la prima complementaria opcional, se cancelará su inscripción en la cobertura complementaria opcional. Los beneficios que se interrumpen finalizan el último día del mes. Como no hay una finalización retroactiva, no se realizan reembolsos de las primas de beneficios complementarios opcionales. Si decide interrumpir el beneficio, debe esperar hasta el siguiente período de inscripción para volver a inscribirse.

Beneficios complementarios opcionales

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Prima mensual combinada para beneficios dentales y de la vista	\$20.30
Deducible	\$0
<p>Paquete de beneficios dentales complementarios opcionales</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios dentro y fuera de la red: Códigos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incrustaciones dentales onlay (una vez por diente cada 84 meses): D2542-D2544, D2642-D2644, D2662-D2664 • Cirugía periodontal (1 por cuadrante o diente, según corresponda, cada 36 meses): D4210-D4211, D4240-D4241, D4245, D4249, D4260-D4261, D4263-D4264, D4268-D4278, D4283, D4285 • Periodoncia: desbridamiento de toda la boca (1 cada 60 meses): D4355 • Periodoncia: administración localizada de agentes microbianos (1 por diente, 3 por cuadrante, 12 en total por 12 meses): D4381 • Periodoncia (cambio de vendaje según se necesite): D4920 • Dentaduras postizas (una vez por arcada cada 84 meses): D5110 -D5140, D5211-D5284, D5286 • Ajustes de dentaduras postizas (una vez por arcada cada 84 meses): D5410–D5411, D5421–D5422. • Reparaciones de dentaduras postizas (una vez por arcada cada 84 meses): D5511–D5520, D5611–D5671. • Revestimientos de dentaduras postizas (una vez por arcada cada 36 meses): D5730-D5731, D5740–D5741, D5750-D5751, D5760–D5761, D5765 • Rebase de dentaduras postizas (una vez por arcada cada 36 meses): D5710–D5711, D5720–D5721, D5725 • Puentes/implantes de corona (una vez por diente cada 84 meses): D6058-D6077, D6082-D6084, D6086-D6088, D6097-D6099, D6120-D6123, D6194-D6195, D6205-D6252, D6710-D6794 	<p>El beneficio brinda un máximo anual de \$1,500 (además del beneficio de servicios dentales por un total de \$3,000) por servicios dentales combinados dentro y fuera de la red por año calendario.</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <p><u>Dentista de la red de PPO de Medicare Advantage (Nivel 1)</u></p> <p>Además de los servicios dentales que se describen en el Capítulo 4, Sección 2.1: Coseguro del 25% por lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incrustaciones dentales onlay • Periodoncia • Puentes • Dentaduras postizas • Ajustes de dentaduras postizas • Reparaciones de dentaduras postizas • Revestimientos de dentaduras postizas

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Paquete de beneficios dentales complementarios opcionales (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reparaciones de puentes (una vez por arcada cada 84 meses): D6980 • Implantes (1 por diente de por vida): D6010, D6056, D6057 • Mantenimiento y reparaciones de implantes (1 por diente cada 60 meses): D6080, D6090, D6095, D6096, D6100 • Anestesia (hasta cinco unidades en la misma fecha de servicio): D9222, D9223, D9239, D9243. • Exámenes en interconsultas (3 por año calendario): D9310, D9410, D9420, D9430, D9440. <p>La Asociación Dental Americana puede actualizar los códigos dentales que identifican los servicios cubiertos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rebase de dentaduras postizas • Implantes • Mantenimiento y reparaciones de implantes • Anestesia • Exámenes en interconsultas <p>Para los beneficios dentro de la red debe recibir servicios dentales complementarios opcionales de un dentista dentro de la red de Blue Dental Medicare Advantage (Nivel 1).</p> <p>Para encontrar un dentista participante en la PPO, visite www.mibluedentist.com y busque dentistas en la red de Medicare Advantage (BCBSM y BCN Advantage) dentro de la sección del Nivel 1 o comuníquese con servicio de atención al cliente.</p> <p><u>Fuera de la red (dos opciones)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dentista participante del Nivel 2 Blue Par Select: Usted paga el 50% del monto aprobado para los servicios cubiertos. <p>Un proveedor que acepta participar como dentista de Nivel 2 no puede cobrarle la diferencia entre el monto</p>

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Paquete de beneficios dentales complementarios opcionales (continuación)	<p>aprobado y el monto cobrado y enviará el reclamo en su nombre.</p> <p>Para encontrar un dentista participante de Blue Par Select, visite www.mibluedentist.com y busque dentistas en el arreglo Blue Par Select (por participación en reclamos) dentro de la sección del Nivel 2 o comuníquese con servicio de atención al cliente. Siempre confirme que el dentista acepta Medicare Advantage.</p> <p>2. Dentista no participante: Usted paga el 50% del monto aprobado por los servicios cubiertos además de cualquier diferencia que haya entre el monto aprobado y cobrado.</p> <p>Pagará más por los servicios de un dentista no participante. Debe pagarle directamente al dentista el monto total que cobra y tendrá que obtener el reembolso de Blue Cross por el 50% del monto aprobado.</p>

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Paquete de beneficios dentales complementarios opcionales (continuación)</p>	<p>El dentista puede enviar el reclamo en su nombre y dirigir el pago del reclamo hacia usted.</p>
<p>Beneficios complementarios opcionales de servicios oftalmológicos</p> <p>Usted es elegible para UNA de las siguientes opciones por año calendario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes de contacto electivos O • Un par de lentes de anteojos estándar O • Un marco O • Un par completo de anteojos. <p>Se brinda una asignación cada año calendario para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes de contacto electivos O • Un marco. <p>Para el par completo de anteojos, la asignación para la vista está disponible solo para el marco.</p> <p>Si se eligen lentes de contacto electivas, son ilimitadas hasta el beneficio máximo para la vista.</p> <p>Si se eligen lentes de anteojos estándar o un par de anteojos completo, los lentes pueden ser de policarbonato o con revestimiento antirreflectante.</p> <p>Puede pagar montos a su cargo más altos si recibe servicios de proveedores fuera de la red.</p> <p>La atención de la vista de rutina debe ser proporcionada por un proveedor de VSP Choice Network participante. Para encontrar un proveedor de VSP Choice Network, llame al 1-877-365-5430 de 8 a.m. a 11 p.m., hora del este, de lunes a sábado (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-428-4833) o visite www.vsp.com.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Tiene una asignación que puede usarse para lentes de contacto electivos o para un marco.</p> <p>El beneficio opcional de anteojos brinda un beneficio máximo de A \$250 combinado dentro y fuera de la red (además del beneficio de la vista mejorado por un total de \$400) una vez cada año calendario y puede usarse para (a) lentes de contacto electivos o (b) 1 marco.</p> <p>Los lentes para anteojos estándar están cubiertos en su totalidad cada año calendario como parte de los beneficios de la vista mejorados.</p> <p>Consulte la sección Beneficios de atención de la vista en la Tabla de beneficios médicos (Sección 2.1) anterior para conocer la cobertura de atención de la vista incluida en su plan.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>El beneficio opcional de anteojos proporciona un beneficio máximo combinado dentro y fuera de la red (además del</p>

Servicios que están cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Beneficios complementarios opcionales de la vista (continuación)</p>	<p>beneficio adicional para la vista por un total de \$400) con un coseguro del 50% de hasta \$250 cada año calendario y puede usarse para (a) lentes de contacto electivas o (b) 1 marco.</p> <p>Los lentes para anteojos estándar se reembolsan con un coseguro del 50% hasta el monto permitido cada año calendario como parte de los beneficios de la vista mejorados.</p> <p>Los exámenes se reembolsan con un coseguro del 50% hasta los montos permitidos. Los exámenes oculares de rutina están limitados a 1 vez por año calendario.</p> <p>Para los servicios fuera de la red, es posible que deba pagar los costos por adelantado y presentarlos para recibir un reembolso.</p> <p>Los beneficios complementarios opcionales para la vista se brindan aparte de los beneficios para la vista de su plan. Se aplican límites de frecuencia.</p>

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

En esta sección se le informa qué servicios quedan excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

La tabla que figura a continuación enumera servicios y productos que no están cubiertos en ningún caso o que solo están cubiertos en casos específicos.

Si obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, excepto en las situaciones específicas que se enumeran debajo. Aunque reciba los servicios excluidos en un centro de emergencias, los servicios excluidos igualmente no están cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se apela el servicio y se decide tras la apelación que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto por su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3, de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en casos específicos
Acupuntura		Disponible para personas con dolor lumbar crónico en ciertas circunstancias.
Programas de rehabilitación cardíaca de fase III (Para obtener información sobre otros programas de rehabilitación cardíaca, consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 y el Capítulo 12, Definiciones de palabras importantes).	No cubiertos en ningún caso	
Mantenimiento quiropráctico (mantenimiento de rutina adicional)	No cubiertos en ningún caso	
Cirugía o procedimientos estéticos		Cubiertos en casos de lesión accidental o para la mejora del funcionamiento de una parte del cuerpo con malformaciones. Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como para la mama no afectada, para producir un aspecto simétrico.
Medicamentos recetados cubiertos más allá de un límite de suministro de 90 días, incluidas solicitudes de reabastecimiento anticipado de receta.	No cubiertos en ningún caso	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en casos específicos
<p>Cuidado supervisado El cuidado supervisado es atención personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que lo ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.</p>	<p>No cubiertos en ningún caso</p>	
<p>Implantes dentales</p>		<p>Solo están cubiertos cuando selecciona el paquete de beneficios complementarios opcionales que se describe en el Capítulo 4, Sección 2.2.</p>
<p>Radiografías dentales panorámicas</p>	<p>No cubiertos en ningún caso</p>	
<p>Servicios dentales no descritos en la sección Servicios dentales de la Tabla de beneficios médicos que figura en el Capítulo 4, Sección 2.1 (salvo que opte por uno de los paquetes de beneficios complementarios opcionales que se describen en la Sección 2.2).</p>		<p>Solo están cubiertos cuando selecciona el paquete de beneficios complementarios opcionales que se describe en el Capítulo 4, Sección 2.2.</p>
<p>Equipo médico duradero, servicios de laboratorio y medicamentos especializados proporcionados por proveedores fuera del estado</p>		<p>Podrían estar cubiertos si el miembro viaja fuera de Michigan.</p>
<p>Procedimientos o servicios de mejora electivos o voluntarios (incluidos para bajar de peso, para el crecimiento del cabello, para el desempeño sexual, para el desempeño atlético, con fines estéticos, antiedad y para el desempeño mental), salvo cuando sean médicamente necesarios.</p>		<p>Cuando se considera necesario y están cubiertos por Medicare Original.</p>

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en casos específicos
<p>Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales.</p> <p>Los procedimientos y productos experimentales son aquellos productos y procedimientos que Medicare Original determina que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.</p>		<p>Podrían estar cubiertos por Medicare Original en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.(Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).</p>
<p>Honorarios que se le cobren por la atención a sus familiares inmediatos o miembros de su grupo familiar.</p>	No cubiertos en ningún caso	
<p>Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar.</p>	No cubiertos en ningún caso	
<p>Baterías de audífonos, reparaciones, ajustes o reconfiguraciones.</p>	No cubiertos en ningún caso	
<p>Comidas que se entregan en su hogar</p>		<p>Consulte “Beneficio de comidas” en el Capítulo 4, Sección 2.1, de la Tabla de beneficios médicos.</p>
<p>Los servicios domésticos incluyen asistencia básica en el hogar, como el mantenimiento liviano del hogar o la preparación de comidas livianas.</p>	No cubiertos en ningún caso	
<p>Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).</p>	No cubiertos en ningún caso	
<p>Atención dental que no sea de rutina</p>		<p>La atención dental requerida para tratar una enfermedad o lesión podría estar cubierta como atención para pacientes hospitalizados o ambulatorios.</p>

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en casos específicos
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		Zapatos que son parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo de ese aparato. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Objetos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	No cubiertos en ningún caso	
Recetas escritas por proveedores que están sujetos a nuestra Política de bloqueo de proveedores de recetas. <i>Para obtener más información, consulte la definición de la Política de bloqueo de proveedores de recetas que aparece en el Capítulo 12.</i>	No cubiertos en ningún caso	
Enfermeros privados.	No cubiertos en ningún caso	
Habitación privada en un hospital.		Solo está cubierta cuando es médicamente necesario.
Queratotomía radial, cirugía Lasik y otras ayudas para la visión deficiente.	No cubiertos en ningún caso	
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	No cubiertos en ningún caso	
Atención quiropráctica de rutina.		<ul style="list-style-type: none"> • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación. • Otros servicios descritos en la sección Servicios quiroprácticos de la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, Sección 2.1.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en casos específicos
Atención de los pies de rutina		Se proporciona cobertura limitada de acuerdo con las pautas de Medicare (p. ej., si tiene diabetes).
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según los estándares de Medicare Original	No cubiertos en ningún caso	
Servicios de proveedores que aparecen en la Lista de exclusión de los CMS. <i>Para obtener más información, consulte la definición de la Lista de exclusión de los CMS que aparece en el Capítulo 12.</i>	No cubiertos en ningún caso	
Servicios que recibe de proveedores fuera de la red que no han sido coordinados anteriormente ni aprobados anteriormente por BCN Advantage.		Atención de una emergencia médica y servicios de urgencia en todo el mundo Servicios de diálisis renal (del riñón) que recibe de un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra dentro de los Estados Unidos y sus territorios, y se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de BCN Advantage Determinados servicios que recibe cuando viaja fuera de Michigan, pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios, cuando se coordinan a través de la red nacional de Blue Plan Providers.
Servicios que recibe sin una derivación de su PCP, cuando se requiere una derivación de su PCP para ese servicio.	No cubiertos en ningún caso	
Servicios que recibe sin autorización previa de BCN Advantage, cuando se requiere una autorización previa de BCN Advantage para ese servicio.	No cubiertos en ningún caso	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en casos específicos
Dispositivos de apoyo para los pies.		<p>Ciertas condiciones: Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.</p> <p>Consulte también “Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes” en el Capítulo 4, Sección 2.1, de la Tabla de beneficios médicos.</p>
Trastornos y disfunción de la articulación temporomandibular, servicios y tratamientos (TMJ)	No cubiertos en ningún caso	
Suministros para las vacaciones de medicamentos de Medicare de la Parte D.	No cubiertos en ningún caso	

CAPÍTULO 5:

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

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo, se explican las normas que debe seguir para usar la cobertura de los medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 4 para ver los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos en centros de cuidados paliativos.

Sección 1.1 Normas básicas de la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

Por lo general, el plan cubrirá los medicamentos siempre que siga estas normas básicas:

- Un proveedor (un médico, dentista u otro proveedor de recetas) debe darle una receta que sea válida según las leyes estatales pertinentes.
- El proveedor de recetas no debe estar en las listas de exclusión de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2, *Surtir su receta médica en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* (para abreviar, la llamamos “Lista de medicamentos”). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar incluidos en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- El medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos, o bien cuenta con el aval de determinadas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre las indicaciones médicamente aceptadas).

SECCIÓN 2 Surta su receta médica en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Use una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas *únicamente* si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriríamos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es aquella que tiene contrato con el plan para proporcionar los medicamentos recetados cubiertos. La expresión medicamentos cubiertos se refiere a todos los medicamentos recetados de la Parte D que están en la “Lista de medicamentos” del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en nuestro *Directorio de proveedores/farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.bcbsm.com/pharmaciesmedicare) o llamar a servicio de atención al cliente.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Algunas de nuestras farmacias de la red ofrecen costo compartido preferido, que puede ser más bajo que el costo compartido en una farmacia que ofrece costo compartido estándar. El *Directorio de proveedores/farmacias* le indica cuáles son las farmacias de la red que ofrecen costo compartido preferido. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre cómo los costos a su cargo podrían variar para distintos medicamentos.

¿Qué sucede si la farmacia que estuvo usando abandona la red?

Si la farmacia que estuvo usando abandona la red del plan, tendrá que buscar una nueva farmacia que esté dentro de la red. O si la farmacia que estuvo usando permanece dentro de la red, pero ya no ofrece costos compartidos preferidos, es posible que quiera cambiar a otra farmacia preferida o de la red, si hay una disponible. Para buscar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda del servicio de atención al cliente o usar el *Directorio de proveedores/farmacias*. También encontrará información en nuestro sitio web en www.bcbsm.com/pharmaciesmedicare.

¿Qué debe hacer si necesita una farmacia especializada?

Algunas recetas médicas se deben surtir en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas se incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para el tratamiento de infusión en el hogar. BCN Advantage Community Value tiene contrato con varias empresas de infusión en el hogar para que proporcionen a nuestros miembros servicios y medicamentos de infusión en el hogar cuando los necesiten. Su proveedor de atención primaria coordinará su atención para los servicios y medicamentos de infusión en el hogar a través de nuestra red contratada. Es posible que algunos medicamentos requieran autorización, por ejemplo, la terapia nutricional enteral, la inmunoglobulina intravenosa (IVIG), Oencia[®], Remicade[®] y la nutrición parenteral total (TPN). El proveedor puede llamar a Administración de la Atención de BCN al 1-800-392-2512 de 8:30 a.m. a 5 p.m., de lunes a jueves, y de 9:30 a.m. a 5 p.m. los viernes para autorizar los servicios. Consulte su *Directorio de proveedores/farmacias* para ver una lista de las farmacias de nuestra red que ofrecen infusión en el hogar. Algunos medicamentos de su Formulario pueden estar cubiertos dentro del beneficio de infusión en el hogar. Estos medicamentos se mencionan en el Formulario.
- Farmacias que suministran medicamentos para quienes residen en un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, los centros de LTC (por ejemplo, un asilo de ancianos) tienen su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente. En las farmacias de atención a largo plazo, los medicamentos sólidos de marca que se

administran por vía oral están limitados a un suministro de 14 días con costos compartidos a prorrata. Consulte su *Directorio de proveedores/farmacias* para ver una lista de estas farmacias.

- Farmacias que atienden al Servicio de Salud para Indígenas/Programa de Salud para Indígenas Tribal/Urbano (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los indígenas nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos que la FDA limita a determinadas ubicaciones o que requieren manejo especial, coordinación con el proveedor o información para su uso. (**Nota:** Esta no debería ser una situación habitual).

Para ubicar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de proveedores/farmacias* o llame a servicio de atención al cliente.

Sección 2.3 Uso del servicio de pedido por correo del plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos que se proporcionan a través de pedido por correo son los que toma con regularidad para tratar una enfermedad crónica o a largo plazo.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le exige que pida un **suministro del medicamento mínimo de 31 días y máximo de 90 días**.

Para obtener formularios de pedidos e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, o si su pedido por correo se demora, comuníquese con las farmacias de pedidos por correo de nuestra red:

Optum Home Delivery - Preferred cost sharing

1-855-810-0007

Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Farmacia AllianceRx Walgreens: costo compartido estándar 1-866-877-2392

Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-925-0178. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana www.alliancerxwp.com/home-delivery

En Español: 1-800-778-5427

TTY: 1-877-220-6173

Los formularios de pedido por correo también están disponibles en www.bcbsm.com/medicare/help/forms-documents.html. También puede comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para solicitar un formulario de pedido por correo. Tenga presente que debe usar los servicios de pedido por correo de nuestra red.

Si usa una farmacia de pedido por correo que no está dentro de la red del plan, no se cubrirá su receta.

Por lo general, el pedido por correo de una farmacia se entrega en una semana o menos. Sin embargo, puede que en ocasiones su pedido se demore. Para asegurarse de no quedarse sin su medicamento, procure hacer un nuevo pedido al menos dos semanas antes de que se venza la

receta y con un suministro de al menos 14 días del medicamento a su disposición. Si no tiene suficiente, pídale a su médico que le dé una segunda receta con suministro de hasta 31 días y sáltala en una farmacia minorista de la red mientras espera que llegue su suministro por correo.

Recetas nuevas que el consultorio de su médico envía a la farmacia directamente.

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas que recibe de los proveedores de atención de la salud sin consultarle antes si:

- Usted utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado.
- Usted se inscribió en la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas de los proveedores de atención de la salud. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento accediendo a su perfil de entrega a domicilio de Optum o llamando a la farmacia de pedido por correo.

Si recibe una receta automáticamente por correo que no desea y no lo contactaron para ver si la quería antes de la entrega, puede ser elegible para un reembolso.

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y entregue automáticamente las recetas nuevas, comuníquese con nosotros a través de su perfil de entrega a domicilio de Optum o llamando a la farmacia de pedido por correo.

Si nunca utilizó nuestra entrega de pedido por correo o decide dejar de surtir las recetas nuevas automáticamente, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de atención de la salud para ver si desea que le surtan y entreguen el medicamento inmediatamente. Es importante que responda cada vez que lo contacte la farmacia, a fin de informarles si deben enviar, demorar o cancelar la receta nueva.

Para excluirse de las entregas automáticas de las recetas nuevas recibidas directamente desde el consultorio del proveedor de atención de la salud, acceda a su perfil de entrega a domicilio de Optum o llame a la farmacia de pedido por correo.

Reabastecimiento de recetas de pedido por correo. Para el reabastecimiento de medicamentos, tiene la opción de inscribirse en el programa de reabastecimiento automático. En este programa comenzaremos a procesar su siguiente reabastecimiento de forma automática cuando nuestros registros nos indiquen que está cerca de quedarse sin el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviarle cada reabastecimiento a fin de asegurarse de que necesita más medicamentos y podrá cancelar el reabastecimiento programado si tiene una cantidad suficiente del medicamento o si ha cambiado de medicamento.

Si decide no utilizar el programa de reabastecimiento automático pero desea que la farmacia de pedido por correo le envíe la receta, póngase en contacto con la farmacia 30 días antes del vencimiento de la receta actual. De ese modo se asegurará de que el pedido se envíe a tiempo.

Para darse de baja del programa que prepara automáticamente el reabastecimiento de pedido por correo, acceda a su perfil de entrega a domicilio de Optum o llame a la farmacia de pedido por correo.

Si recibe por correo un reabastecimiento automático que no quiere, es posible que sea elegible para un reembolso.

Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?

En la “Lista de medicamentos”, el plan ofrece dos maneras de obtener suministros a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento. (Estos son los medicamentos que toma regularmente para tratar una enfermedad crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento (que ofrecen costo compartido preferido) al monto de costo compartido para pedidos por correo. Su *Directorio de proveedores/farmacias* le informa cuáles son las farmacias de nuestra red que le pueden dar un suministro a largo plazo de los medicamentos de mantenimiento. También puede comunicarse con servicio de atención al cliente para obtener más información.
2. También podría recibir los medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no forma parte de la red del plan?

Su receta puede estar cubierta en determinadas situaciones

Por lo general, cubrimos las recetas de medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio en las cuales puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con servicio de atención al cliente** para saber si hay una farmacia de la red cerca. Lo más probable es que se le solicite que pague la diferencia entre lo que paga por un medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos recetados que surta en una farmacia fuera de la red:

- Si viaja fuera del área de servicio del plan (dentro de los Estados Unidos y sus territorios) y se queda sin su medicación, si pierde sus medicamentos o si se enferma y no tiene acceso a una farmacia de la red.
- Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna porque no hay ninguna farmacia de la red a una distancia en coche razonable que brinde servicios las 24 horas.
- Si intenta surtir un medicamento recetado que normalmente no se encuentra en un minorista accesible de la red o una farmacia de pedido por correo.
- Si recibe medicamentos de la Parte D dispensados por una farmacia institucional fuera de la red mientras es un paciente en un departamento de emergencias, una clínica del proveedor, un centro quirúrgico ambulatorio u otra ubicación ambulatoria.

- Si ha recibido la receta durante una declaración de catástrofe estatal o federal u otra declaración de emergencia de salud pública en la que haya sido evacuado o desplazado del área de servicio del plan o su lugar de residencia y no puede esperar obtener de manera lógica los medicamentos cubiertos de la Parte D en una farmacia de la red.

¿Cómo solicita un reembolso de nuestro plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar el costo total (en vez de solo pagar la parte que le corresponde normalmente) en el momento de surtir la receta. Podrá solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (El Capítulo 7, Sección 2, explica cómo solicitar al plan el reembolso).

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

Sección 3.1 La “Lista de medicamentos” le indica cuáles son los medicamentos cubiertos de la Parte D

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. En esta *Evidencia de cobertura*, la denominamos “**Lista de medicamentos**” para abreviar.

El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple los requisitos de Medicare y tiene la aprobación de Medicare.

Los medicamentos de la “Lista de medicamentos” son solo los cubiertos por la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubriremos un medicamento que esté en la “Lista de medicamentos” siempre que usted siga las demás normas de cobertura que se explican en este capítulo y que el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso de un medicamento que cumple con *al menos uno* de los siguientes requisitos:

- Está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para la cual se lo recetó.
- *O bien*, cuenta con el aval de ciertas referencias, como la Información sobre medicamentos del formulario del servicio hospitalario estadounidense y el sistema de información DRUGDEX.

La “Lista de medicamentos” incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con un nombre de marca comercial perteneciente al fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos comunes (por ejemplo, medicamentos a base de una proteína) se llaman productos biológicos. En la “Lista de medicamentos”, cuando decimos medicamentos, podríamos referirnos a un medicamento o a un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos comunes, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas denominadas biosimilares. Por lo general, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico y suelen costar menos. Hay sustitutos genéricos disponibles para la mayoría de los medicamentos de marca. Hay alternativas biosimilares para algunos productos biológicos.

¿Qué *no* está en la “Lista de medicamentos”?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, las leyes no permiten que ningún plan de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento específico en la “Lista de medicamentos”. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no figura en la “Lista de medicamentos”. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2 Existen cinco niveles de costo compartido para los medicamentos de la “Lista de medicamentos”

Cada medicamento de la “Lista de medicamentos” se encuentra en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de costos compartidos, más alto será su costo para el medicamento.

- **Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos:** son medicamentos genéricos del nivel más bajo de costo compartido.
- **Nivel 2 - Medicamentos genéricos:** son medicamentos genéricos, pero que no pertenecen al nivel más bajo de costo compartido.
- **Nivel 3 - Medicamentos de marca preferida:** este nivel contiene la mayor parte de los medicamentos de marca y además incluye algunos medicamentos genéricos de alto costo.
- **Nivel 4 - Medicamentos no preferidos:** son medicamentos genéricos y de marca que no están en el nivel preferido.
- **Nivel 5 - Medicamentos de especialidades:** contiene medicamentos de marca y genéricos de alto costo (mayor nivel).

Para saber en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la “Lista de medicamentos” del plan.

El monto que debe pagar por los medicamentos de cada nivel de costos compartidos se muestra en el Capítulo 6 (*Qué debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Sección 3.3 ¿Cómo puede saber si un medicamento específico se encuentra en la “Lista de medicamentos”?

Tiene cuatro maneras de averiguarlo:

1. Consulte la “Lista de medicamentos” más reciente que proporcionamos de manera electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (www.bcbsm.com/medicare). La “Lista de medicamentos” que hay en el sitio web es siempre la más actualizada.
3. Llame a servicio de atención al cliente para averiguar si un medicamento específico está en la “Lista de medicamentos” del plan o para solicitar una copia de la lista.
4. Use la “Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) del plan e inicie sesión como miembro (www.bcbsm.com/medicare o llamando a servicio de atención al cliente). Con esta herramienta, puede buscar los medicamentos en la “Lista de medicamentos” para ver una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la “Lista de medicamentos” que trate la misma afección.

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para algunos medicamentos recetados, hay normas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo formado por médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Para averiguar si alguna de estas restricciones aplica a un medicamento que está tomando o que desea tomar, consulte la “Lista de medicamentos”.

Si un medicamento seguro y de costo más bajo tiene la misma eficacia médica que un medicamento de costo más alto, las normas del plan están diseñadas para alentar a que usted y su proveedor usen la opción de menor costo.

Tenga presente que, en ocasiones, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra “Lista de medicamentos”. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar según la concentración, la cantidad o la presentación del medicamento que haya indicado el proveedor de atención médica, y es posible que se apliquen distintas restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg o 100 mg, uno por día o dos por día, comprimidos o líquido).

Sección 4.2 ¿Qué clases de restricciones?

Las secciones a continuación le dan más información sobre las clases de restricciones que usamos para algunos medicamentos.

Si hay alguna restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que lo cubramos. Comuníquese con el servicio de atención al cliente para saber lo que usted o su proveedor tendrían que hacer para conseguir la cobertura del medicamento. Si desea que anulemos una restricción, deberá seguir el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Puede que aceptemos o no anular la restricción en su caso. (Consulte el Capítulo 9).

Restricción de medicamentos de marca o de productos biológicos originales cuando hay disponible una versión genérica o biosimilar intercambiable

Por lo general, un medicamento **genérico** o biosimilar intercambiable tiene la misma eficacia que un medicamento de marca o que un producto biológico original y suele costar menos. **Cuando hay disponible una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o un producto biológico original, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica o biosimilar intercambiable en vez del medicamento de marca o el producto biológico original.** Sin embargo, si su proveedor nos dio el motivo médico de que ni el medicamento genérico o biosimilar intercambiable ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad resultan efectivos en su caso, entonces cubriremos el medicamento de marca o el producto biológico original. (La parte del costo que le corresponde puede ser mayor para el medicamento de marca o el producto biológico original que para el medicamento genérico o biosimilar intercambiable).

Obtener la aprobación anticipada del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deberán obtener la autorización del plan antes de que accedamos a cubrir el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Se implementa para garantizar la seguridad del medicamento y ayudar a guiar el uso adecuado de determinados medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, el medicamento podría no tener cobertura de nuestro plan.

Probar otro medicamento primero

Este requisito lo anima a probar un medicamento menos costoso, pero que por lo general tiene la misma eficacia, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma enfermedad, el plan puede solicitarle que primero pruebe el medicamento A. Si el medicamento A no le resulta eficaz, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con un medicamento distinto se denomina **terapia escalonada**.

Límites de cantidad

En el caso de algunos medicamentos, limitamos la cantidad que puede obtener cada vez que surte la receta. Por ejemplo, si habitualmente se considera seguro tomar solo una píldora por día de determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted quisiera?

Sección 5.1 Puede tomar medidas si su medicamento no está cubierto de la manera que usted quisiera

Hay situaciones en las que hay un medicamento recetado que está tomando actualmente, o uno que usted y su proveedor consideran que debe tomar, que no está incluido en nuestro formulario o que está en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- Puede que el medicamento no tenga ninguna cobertura. O tal vez se cubra una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que usted desea tomar.
- El medicamento está cubierto, pero existen normas adicionales o restricciones en la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costos compartidos que hace que la parte que le corresponde del costo compartido sea más costosa de lo que usted considera que debería ser.
- Puede tomar medidas si su medicamento no está cubierto de la manera que usted quisiera que esté cubierto. Si el medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o si tiene restricciones, consulte la Sección 5.2 para saber lo que puede hacer.
- Si su medicamento se encuentra en un nivel de costos compartidos que hace que le resulte más costoso de lo que considera que debería ser, consulte la Sección 5.3 para saber lo que puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o si tiene algún tipo de restricción?

Si el medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o si tiene restricciones, estas son sus opciones:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiarlo por otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o que quite las restricciones de este.

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le dará tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir qué hará.

A fin de reunir los requisitos para un suministro temporal, el medicamento que toma **no debe estar más en la “Lista de medicamentos” del plan O ahora tiene algún tipo de restricción.**

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **108 días** de su membresía en el plan.
- **Si estaba en el plan el año anterior**, cubriremos un suministro temporal del medicamento los primeros 108 días del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 31 días. Si en su receta se indican menos días, le permitiremos surtir varias recetas hasta alcanzar un máximo de 31 días de medicamento. Las recetas se deben surtir en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que las farmacias de atención a largo plazo podrían proporcionar el medicamento en cantidades menores cada vez a fin de evitar desperdicios).
- **En el caso de aquellos miembros que han estado en el plan por más de 108 días, que residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de emergencia por 31 días de un medicamento específico o menos si en la receta se indican menos días. Esto es aparte del suministro temporal mencionado anteriormente.

- **Para los miembros que necesitan un suministro temporal de un medicamento que no está en el formulario o que solicitan una excepción del formulario debido a un cambio en el nivel de atención:**

Se proporcionará un suministro de transición de emergencia a los miembros actuales que ingresen en un centro desde otro entorno de atención o abandonen un centro por otro entorno de atención. Este suministro de transición no se limita a la inscripción inicial únicamente. Nuestra política de transición cubre un suministro de transición para los afiliados que cambian de nivel de atención, por ejemplo, cuando un miembro ingresa en un centro de atención a largo plazo desde un hospital u otra ubicación.

Si tiene preguntas sobre el suministro temporal, llame a servicio de atención al cliente.

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

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para ver si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a servicio de atención al cliente para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser eficaz para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera que usted quiere que lo cubra. Si su proveedor dice que hay motivos médicos que justifican su pedido de una excepción, el proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, puede pedir que el plan cubra un medicamento aunque no esté en la “Lista de

medicamentos” del plan. O puede pedir que el plan haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si actualmente es miembro del plan y uno de los medicamentos que toma se quitará del formulario o tendrá restricciones de algún tipo el año próximo, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del año próximo y le daremos una respuesta en un lapso de 72 horas a partir del momento en que recibamos su solicitud (o la declaración de respaldo del proveedor que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted o su proveedor desean pedirnos una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 le indica qué hacer. Explica los procedimientos y los plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera justa y oportuna.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que considera demasiado alto?

Esto es lo que puede hacer si su medicamento se encuentra dentro de un nivel de costos compartidos que usted considera demasiado alto:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento se encuentra dentro de un nivel de costos compartidos que usted considera demasiado alto, hable con su proveedor. Podría haber un medicamento distinto en un nivel menor de costos compartidos que tenga la misma eficacia en su caso. Llame a servicio de atención al cliente para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que traten la misma enfermedad. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser eficaz para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted o su proveedor pueden pedir que el plan haga una excepción en el nivel de costos compartidos para este medicamento de modo que usted pueda pagar menos por este. Si su proveedor dice que hay motivos médicos que justifican su pedido de una excepción, el proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted o su proveedor desean pedirnos una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4, le indica qué hacer. Explica los procedimientos y los plazos establecidos por Medicare para asegurar que su solicitud se maneje de manera justa y oportuna.

Los medicamentos dentro del Nivel 5 (Medicamentos de especialidades) no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el monto de costos compartidos para los medicamentos que están en este nivel.

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La “Lista de medicamentos” puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos suceden al principio de cada año (1 de enero). Sin embargo, el plan puede hacer algunos cambios a la “Lista de medicamentos” durante el año. Por ejemplo, el plan podría hacer lo siguiente:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la “Lista de medicamentos”.**
- **Cambiar medicamentos a un nivel superior o inferior de costo compartido.**
- **Agregar o eliminar una restricción a la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**
- **Reemplazar un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura de un medicamento que está tomando?

Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la “Lista de medicamentos”, publicamos en nuestro sitio web la información sobre esos cambios. También actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea periódicamente. A continuación, le indicamos en qué ocasiones le avisaremos directamente si se efectúan cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios en la cobertura de los medicamentos que lo afectan durante el año vigente del plan

- **Un medicamento genérico o biosimilar intercambiable reemplaza a un medicamento de marca en la “Lista de medicamentos” (o nosotros cambiamos el nivel de costos compartidos, añadimos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambas cosas).**
 - Es posible que quitemos un medicamento de marca o un producto biológico original de nuestra “Lista de medicamentos” si lo reemplazamos por una versión genérica del mismo medicamento o una versión biosimilar intercambiable del mismo producto biológico. Es posible que decidamos mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestra “Lista de medicamentos”, pero que lo pasemos a un nivel de costo compartido más alto o que agreguemos restricciones nuevas, o ambas, cuando se agregue el genérico o el biosimilar intercambiable.
 - Si un medicamento de marca o un producto biológico original que está tomando es reemplazado por un medicamento genérico o un biosimilar intercambiable o se lo

pasa a un nivel de costo compartido más alto, debemos informarle el cambio con al menos 30 días de anticipación o notificarle el cambio y proporcionarle un reabastecimiento de su medicamento de marca o producto biológico original para 31 días.

- Después de que reciba la notificación del cambio, usted y su proveedor deberán hacer algo para cambiar el medicamento a uno genérico, un biosimilar intercambiable u otro medicamento que esté cubierto por nuestro plan.
- Usted o el proveedor de recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que sigamos brindándole la cobertura del medicamento de marca o producto biológico original. Para obtener información sobre cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 9.
- **Medicamentos peligrosos y otros medicamentos incluidos en la “Lista de medicamentos” que son retirados del mercado**
 - En ocasiones, es posible que un medicamento se declare como peligroso o que se lo retire del mercado por otro motivo. Si esto sucede, es posible que retiremos el medicamento de la “Lista de medicamentos” de inmediato. Si está usando ese medicamento, le informaremos enseguida.
 - El proveedor que le receta también tendrá conocimiento de este cambio y podrá ayudarlo a buscar otro medicamento para su enfermedad.
- **Otros cambios efectuados en los medicamentos incluidos en la “Lista de medicamentos”**
 - Una vez comenzado el año, podríamos hacer otros cambios que afecten a los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos hacer cambios basados en los recuadros de advertencias de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Para estos cambios, le avisaremos con al menos 30 días de anticipación o le notificaremos el cambio y le daremos un reabastecimiento por 31 días del medicamento que esté tomando en una farmacia de la red.
 - Después de recibir el aviso del cambio, debe colaborar con el proveedor de recetas para cambiar a otro medicamento que esté cubierto o que satisfaga cualquier nueva restricción al medicamento que toma.
 - Usted o el proveedor de recetas pueden solicitarnos que realicemos una excepción y continuemos brindándole la cobertura del medicamento en su caso. Para obtener información sobre cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

Es posible que hagamos algunos cambios en la “Lista de medicamentos” que no se describan en la sección anterior. En estos casos, el cambio no le aplicará si está tomando el medicamento cuando se produce el cambio; sin embargo, es probable que esos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si permanece en el mismo.

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

- Pasamos el medicamento a un nivel superior de costos compartidos.
- Añadimos una restricción al uso del medicamento.
- Quitamos el medicamento de la “Lista de medicamentos”.

Si se aplica alguno de estos cambios a un medicamento que está tomando (excepto por un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otros cambios mencionados en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará a su uso ni a lo que le corresponda pagar hasta el 1 de enero del año próximo. Hasta entonces, es probable que no note ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción añadida a su uso del medicamento.

No le informaremos directamente sobre estos tipos de cambios durante el año vigente del plan. Tendrá que revisar la “Lista de medicamentos” para el siguiente año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que toma que lo afecte durante el siguiente año del plan.

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

Sección 7.1 Clases de medicamentos que no cubrimos

Esta sección trata las clases de medicamentos recetados que están excluidos. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si toma medicamentos que están excluidos, debe pagarlos por su cuenta. Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido según la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener más información sobre cómo apelar una decisión, vaya al Capítulo 9).

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

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por Medicare Parte A o Parte B.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se haya comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Por lo general, nuestro plan no puede cubrir el uso fuera de lo indicado en la etiqueta. El **uso fuera de lo indicado** es cualquier uso de un medicamento que no sea el que se indica en la etiqueta de este según está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos.
- La cobertura de uso fuera de lo indicado se permite solo cuando el uso cuenta con el aval de ciertas referencias, como la Información sobre medicamentos del formulario del servicio hospitalario estadounidense y el sistema de información DRUGDEX.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare:

- Medicamentos no recetados (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos que se usan para estimular la fertilidad
- Medicamentos que se usan para aliviar los síntomas de la tos o del resfrío
- Medicamentos que se usan con fines estéticos o para estimular el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones con flúor
- Medicamentos que se usan para tratar la disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos que se usan para tratar la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante procura exigir que las pruebas o los servicios de control asociados se adquieran exclusivamente del fabricante como condición de venta

Si recibe “ayuda adicional” de Medicare para pagar sus recetas, el programa “ayuda adicional” no pagará los medicamentos que no suelen estar cubiertos. Sin embargo, si tiene cobertura para pagar medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa de Medicaid que tiene en su estado para determinar qué cobertura de medicamentos está disponible para usted. (Encontrará los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione la información de su membresía

Para surtir una receta, proporcione la información de la membresía del plan, que figura en su tarjeta de miembro, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan *nuestra* parte del costo del medicamento. Tendrá que pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando retire el medicamento.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de información de la membresía con usted?

Si no tiene la información de miembro del plan en el momento de surtir su medicamento recetado, usted o el farmacéutico pueden llamar al plan para obtener la información necesaria o puede pedirle al farmacéutico que busque la información de inscripción del plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga que pagar la totalidad del costo del medicamento cuando lo retire.** (Luego puede solicitarnos que le

reembolsemos la parte que nos corresponde. Consulte el Capítulo 7, Sección 2, para obtener información sobre cómo pedir que el plan le haga un reembolso).

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

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

Si usted es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una hospitalización cubierta por el plan, por lo general cubriremos el costo de los medicamentos recetados durante la hospitalización. Una vez que deje el hospital o el centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados, siempre que estos cumplan con todas nuestras normas de cobertura descritas en este capítulo.

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

En general, un centro de atención a largo plazo (LTC), como un asilo de ancianos, tiene su propia farmacia o usa una farmacia que provee medicamentos a todos sus residentes. Si usted reside en un centro de LTC, podrá obtener sus medicamentos recetados mediante la farmacia del centro o la que se use allí, siempre que esta sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores/farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de LTC o la que utiliza es parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información o ayuda, comuníquese con servicio de atención al cliente. 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.

¿Qué sucede si es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra “Lista de medicamentos” o que tiene alguna restricción?

Consulte la Sección 5.2 sobre los suministros temporales o de emergencia.

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

Si actualmente cuenta con otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o su pareja de hecho), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. Podrá ayudarlo a determinar cómo funcionará con nuestro plan su cobertura actual de medicamentos recetados.

En general, si tiene cobertura de un empleador o grupo de jubilados, la cobertura de medicamentos que le brindemos será *secundaria* a su cobertura grupal. Eso significa que la cobertura de su grupo pagará primero.

Aviso especial sobre la cobertura válida:

Todos los años, su empleador o grupo de jubilados debe enviar un aviso que le informe si su cobertura de medicamentos recetados para el siguiente año calendario es válida.

Si la cobertura del plan grupal es válida, eso significa que el plan tiene una cobertura de medicamentos que pagará, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.

Guarde este aviso sobre cobertura válida, ya que podría necesitarlo más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, puede necesitar estos avisos para demostrar que mantiene la cobertura válida. Si no recibió el aviso de cobertura válida, solicite una copia al administrador de beneficios del plan de su empleador o de jubilados, o su empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?

El centro de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., medicamentos contra las náuseas, laxantes, medicamentos para el dolor o para la ansiedad) que no están cubiertos por el centro de cuidados paliativos porque no están relacionados con su enfermedad terminal y afecciones derivadas, antes de que el plan pueda cubrirlo, debemos recibir una notificación del proveedor que receta o del proveedor del centro, donde se informe que el medicamento no está relacionado. A fin de evitar demoras para recibir estos medicamentos que debe cubrir nuestro plan, pídale al proveedor o al proveedor de recetas del centro de cuidados paliativos que le proporcione una notificación antes de surtir la receta.

En caso de que llegue a anular su elección del centro de cuidados paliativos o le den el alta de este, nuestro plan debería cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar cualquier demora en la farmacia cuando sus beneficios de cuidados paliativos de Medicare finalicen, lleve los documentos de anulación o de alta a la farmacia.

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

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura

Realizamos revisiones del uso de los medicamentos para asegurarnos de que los miembros obtengan una atención segura y adecuada.

Efectuamos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos sus registros con regularidad. Durante estas revisiones, nos fijamos en problemas potenciales, como los siguientes:

- Posibles errores en los medicamentos

- Medicamentos que podrían no ser necesarios porque está tomando otro medicamento que trata la misma enfermedad
- Medicamentos que podrían no ser seguros o adecuados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían causarle daño si los toma al mismo tiempo
- Recetas para medicamentos que contienen ingredientes a los que es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando
- Cantidades inseguras de medicamentos analgésicos opioides

Si observamos un posible problema en el uso de los medicamentos, nos pondremos de acuerdo con su proveedor para corregirlo.

Sección 10.2 Programa de gestión de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar opioides de manera segura

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos que suelen usarse de forma inapropiada. Este programa se llama Programa de gestión de medicamentos (DMP). Si toma opioides que obtiene de distintos médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente con opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que usa los medicamentos opioides de manera correcta y de que el uso sea médicamente necesario. En conjunto con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiacepina recetados podría no ser seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo incluimos en nuestro DMP, estas pueden ser las limitaciones:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepina de una determinada farmacia
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepina de determinado médico
- Limitar la cantidad de opioides o benzodiacepina que cubrimos para usted

Si planificamos limitar la manera en que recibe estos medicamentos o la cantidad que recibe, le enviaremos una carta con antelación. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos en su caso o si tendrá que obtener las recetas para estos medicamentos solo de un médico o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar y cualquier otra información que considere que sea importante que sepamos. Después de que tenga la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para esos medicamentos, le enviaremos otra carta donde se confirme la limitación. Si cree que cometimos un error o si no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y el proveedor de recetas tienen derecho a una apelación. Si apela, revisaremos su caso y tomaremos una nueva decisión. Si continuamos denegando alguna parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, le enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera del plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo pedir una apelación.

No lo incluiremos en el DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor activo relacionado con el cáncer o anemia drepanocítica, si recibe cuidados en un centro de cuidados paliativos, un centro para el cuidado de pacientes terminales o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Administración de terapia con medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a los miembros que tienen necesidades médicas complejas. Se llama programa de Administración de terapia con medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa a fin de ayudarnos a garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y cuyos costos son altos o que están dentro de un DMP para ayudar a los miembros a utilizar con seguridad los medicamentos opioides pueden recibir los servicios mediante un programa de MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud hará una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablarle de sus medicamentos, los costos y cualquier problema o duda que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito que contiene una lista de tareas recomendadas con los pasos que debe dar para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, la cantidad que toma, así como cuándo y por qué los está tomando. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Sería conveniente que hable con su médico sobre la lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Lleve el resumen cuando vaya a la visita o cuando hable con sus médicos, farmacéuticos y demás proveedores de atención de salud. Además, lleve siempre con usted la lista de medicamentos actualizada (por ejemplo, con su identificación) por si debe ir a un hospital o sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajuste a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente y le enviaremos información. Si decide no participar, notifiquenos y lo retiraremos. Si tiene alguna duda sobre este programa, comuníquese con servicio de atención al cliente.

CAPÍTULO 6:

*Qué debe pagar por sus
medicamentos recetados
de la Parte D*

¿Está recibiendo actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted está inscrito en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta Evidencia de cobertura acerca de los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica a usted.** Le hemos enviado un folleto que llamamos *Anexo de la evidencia de cobertura para personas que obtienen ayuda adicional para el pago de los medicamentos recetados* (conocido también como Anexo de subsidio por bajos ingresos o Anexo LIS), que habla de su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame al servicio de atención al cliente y pida el Anexo LIS.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Use este capítulo con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos

Este capítulo se centra en lo que usted debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para mayor simplicidad, en este capítulo usaremos “medicamentos” para referirnos a los medicamentos recetados de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D: algunos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros están excluidos por ley de la cobertura de Medicare.

Para entender la información sobre pagos, debe conocer básicamente qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué normas seguir al obtener sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5, Secciones 1 a 4, se explican estas normas. Cuando usa la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar la cobertura de los medicamentos (consulte el Capítulo 5, Sección 3.3), el costo que aparece se proporciona en “tiempo real”, es decir que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para darle una estimación de los costos a su cargo que se espera que pague. También puede obtener la información que brinda la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamado a servicio de atención al cliente.

Sección 1.2 Tipos de costos a su cargo que puede pagar por medicamentos cubiertos

Existen distintos tipos de costos a su cargo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se denomina **costo compartido** y hay tres formas en que podría tener que pagarlo.

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

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare los costos a su cargo

Medicare tiene normas sobre qué cuenta y qué *no* cuenta como costos a su cargo. Estas son las normas que debe seguir para llevar un registro de los costos a su cargo.

Estos pagos están incluidos en los costos a su cargo

Los costos a su cargo incluyen los pagos que se mencionan a continuación (siempre que sean por medicamentos cubiertos de la Parte D y que haya seguido las normas de cobertura de medicamentos explicadas en el Capítulo 5):

- El monto que usted paga por los medicamentos cuando se encuentra en alguna de las siguientes etapas de pago:
 - Etapa de cobertura inicial
 - Etapa de brecha de cobertura
- Todo pago que haya hecho durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Lo importante es quién paga:

- Si **usted mismo** hace los pagos, estos se incluyen en los costos a su cargo.
- Estos pagos *también se incluyen* en los costos a su cargo si **otras personas u organizaciones** los realizan en su nombre. Esto incluye los pagos por sus medicamentos que haya hecho un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA o el Servicio de Salud para Indígenas. También se incluyen los pagos hechos por el Programa de “ayuda adicional” de Medicare.
- Algunos pagos realizados por el Programa de descuentos para la brecha de cobertura de Medicare están incluidos en los costos a su cargo. El monto que paga el fabricante por sus medicamentos de marca está incluido. Sin embargo, no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Avance a la Etapa de cobertura de catástrofe:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) haya gastado un total de \$8,000 en costos a su cargo dentro del año calendario, usted pasará de la Etapa de brecha de cobertura a la Etapa de cobertura de catástrofe.

Estos pagos no están incluidos en los costos a su cargo

Los costos a su cargo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Su prima mensual.
- Los medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.

- Los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumple con los requisitos del plan respecto de la cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos de la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Los pagos hechos por el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras usted está en la brecha de cobertura.
- Los pagos que los planes grupales de salud, incluidos los planes de salud de su empleador, hacen por sus medicamentos.
- Los pagos de sus medicamentos que realizan ciertos planes de seguros y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Asuntos de Veteranos.
- Los pagos de sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, la indemnización de los trabajadores).

Recuerde: Si alguna otra organización del tipo de las que se nombraron anteriormente paga parte o todos los costos de los medicamentos a su cargo, deberá avisarle al plan llamando a servicio de atención al cliente.

¿Cómo llevar un control de los costos a su cargo?

- **Lo ayudaremos.** El informe de la Explicación de los beneficios (EOB) de la Parte D que recibe incluye el monto actual de los costos a su cargo. Cuando este monto alcance los \$8,000, en este informe se le indicará que ha salido de la Etapa de brecha de cobertura y ha pasado a la Etapa de cobertura de catástrofe.
 - **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 indica qué puede hacer para ayudarnos a garantizar que nuestros registros de sus gastos estén completos y actualizados.
-

SECCIÓN 2 El costo del medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en que se encuentra en el momento de comprar el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de BCN Advantage Community Value?

Hay cuatro **etapas de pagos de los medicamentos** en su cobertura para medicamentos recetados de BCN Advantage Community Value. El monto que paga depende de la etapa en que se encuentre en el momento que surta un medicamento recetado o un reabastecimiento. Los detalles de cada etapa están en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son las siguientes:

Etapas 1: Etapa del deducible anual

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

Etapa 3: Etapa de brecha de cobertura

Etapa 4: Etapa de cobertura de catástrofe

SECCIÓN 3 Le enviamos informes en los que se explican sus pagos de medicamentos y en qué etapa de pagos se encuentra

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual, la *Explicación de los beneficios de la Parte D* (la EOB de la Parte D)

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted hizo al surtir o reponer sus recetas en la farmacia. De este modo, sabemos en qué momento usted pasa de una etapa de pagos a la siguiente. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos el seguimiento:

- Llevamos registro del monto que usted ha pagado. Llamamos a esto **costos a su cargo**.
- Llevamos registro de los **costos totales de medicamentos**. Este es el monto que usted u otras personas en su nombre pagan de costos a su cargo más el monto que paga el plan.

Si surtió 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 de ese mes.** Este informe suministra los detalles de pagos de las recetas que se le han surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y qué pagó usted o pagaron otras personas en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto se conoce como información desde comienzo del año hasta la fecha y muestra el total de los costos de medicamentos y el total de pagos realizados por medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento y la información sobre los aumentos de precio desde el primer surtido para cada solicitud de medicamento recetado de la misma cantidad.
- **Recetas de menor costo alternativo disponibles.** Esto incluye información sobre otros medicamentos disponibles con un menor costo compartido para cada reclamo de receta.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de medicamentos

A fin de hacer un seguimiento de los costos y los pagos de medicamentos que usted hace, usamos registros que obtenemos de las farmacias. Así es como puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Cada vez que le surtan una receta, muestre su tarjeta de identificación de miembro.** Esto nos permite asegurarnos de saber qué recetas surte y cuánto paga.

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que quizás pague el costo total de un medicamento recetado. En esos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de los costos a su cargo. Para ayudarnos a hacerlo, entréguenos copias de sus recibos. Estos son algunos ejemplos de cuándo debería darnos las copias de los recibos de sus medicamentos:
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no es parte de los beneficios de nuestro plan.
 - Cuando abona un copago por medicamentos que se le proveen bajo un programa de ayuda a los pacientes por parte del fabricante del medicamento.
 - Cada vez que compra medicamentos cubiertos en farmacias que no pertenecen a la red o cuando haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si se le factura un medicamento cubierto, puede pedir a nuestro plan que pague la parte del costo que nos corresponde. En el Capítulo 7, Sección 2, encontrará las instrucciones para hacerlo.
- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas hicieron en su nombre.** Los pagos efectuados por otras personas u organizaciones determinadas también cuentan como costos a su cargo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia para los medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se cuentan como gastos a su cargo. Lleve un registro de estos pagos y enviárnoslo para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Verifique el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta algo o tiene alguna pregunta, llámenos al servicio de atención al cliente. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para BCN Advantage Community Value

No hay ningún deducible para BCN Advantage Community Value. Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surten su primera receta del año. Vea la Sección 5 para obtener más información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo del medicamento y usted paga la suya

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde le surtieron la receta

Durante esta Etapa de inicio de cobertura, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte (el monto de su copago o coseguro). Su parte del costo variará dependiendo del medicamento y del lugar donde le surtan la receta.

El plan tiene cinco niveles de costos compartidos

Cada medicamento de la “Lista de medicamentos” se encuentra en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de costos compartidos, más alto será su costo para el medicamento:

- **Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos:** son medicamentos genéricos del nivel más bajo de costo compartido.
- **Nivel 2 - Medicamentos genéricos:** son medicamentos genéricos, pero que no pertenecen al nivel más bajo de costo compartido.
- **Nivel 3 - Medicamentos de marca preferida:** este nivel contiene la mayor parte de los medicamentos de marca y además incluye algunos medicamentos genéricos de alto costo. En este nivel, no paga más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto.
- **Nivel 4 - Medicamentos no preferidos:** son medicamentos genéricos y de marca que no están en el nivel preferido. En este nivel, no paga más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto.
- **Nivel 5 - Medicamentos de especialidades:** contiene medicamentos de marca y genéricos de alto costo (mayor nivel). En este nivel, no paga más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto.

Para saber en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la “Lista de medicamentos” del plan.

Sus opciones de farmacias

El costo que paga por sus medicamentos depende de dónde obtiene el medicamento:

- Una farmacia minorista de la red que ofrece un costo compartido estándar.
- Una farmacia minorista de la red que ofrece un costo compartido preferido. Es probable que el costo que usted debe pagar sea menor en farmacias que ofrecen costo compartido preferido.
- Una farmacia que no forma parte de la red del plan. Cubrimos medicamentos surtidos en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Para obtener información sobre

cuándo cubriremos un medicamento surtido en una farmacia fuera de la red, consulte el Capítulo 5, Sección 2.5.

- La farmacia de pedidos por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de proveedores/farmacias* del plan.

Sección 5.2 Una tabla que le muestra los costos para *un mes* de suministro de un medicamento

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

Como se muestra en la tabla a continuación, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido.

En ocasiones, el costo del medicamento es menor que su copago. En estos casos, paga el precio más bajo del medicamento en vez del copago.

Su parte del costo para un suministro de *un mes* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

Nivel	Costos compartidos de farmacia minorista y de pedidos por correo estándar (dentro de la red) (hasta un suministro de 31 días)	Costos compartidos de farmacia minorista y de pedidos por correo preferidos (dentro de la red) (hasta un suministro de 31 días)	Costo compartido de la atención a largo plazo (LTC) (hasta un suministro de 31 días)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; para obtener detalles, consulte el Capítulo 5). (hasta un suministro de 31 días)
Costo compartido del nivel 1 (Genéricos preferidos)	\$5	\$0	\$5	\$5
Costo compartido del nivel 2 (Genéricos)	\$20	\$10	\$20	\$20

Nivel	Costos compartidos de farmacia minorista y de pedidos por correo estándar (dentro de la red) (hasta un suministro de 31 días)	Costos compartidos de farmacia minorista y de pedidos por correo preferidos (dentro de la red) (hasta un suministro de 31 días)	Costo compartido de la atención a largo plazo (LTC) (hasta un suministro de 31 días)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; para obtener detalles, consulte el Capítulo 5). (hasta un suministro de 31 días)
Costo compartido del nivel 3 (Marca preferida)	\$47	\$45	\$47	\$47
Costo compartido del nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	50% del monto aprobado.	50% del monto aprobado.	50% del monto aprobado.	50% del monto aprobado.
Costo compartido del nivel 5 (Nivel de medicamentos de especialidades)	33% del monto aprobado.	33% del monto aprobado.	33% del monto aprobado.	33% del monto aprobado.

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

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

Sección 5.3 Si el médico le receta una cantidad inferior al suministro de un mes completo, es posible que usted no deba pagar el costo del suministro de un mes

En general, el monto que usted paga por un medicamento recetado cubre el suministro para un mes. En ocasiones, a usted o a su médico les gustaría tener un suministro de menos de un mes de un medicamento (por ejemplo, si es la primera vez que prueba el medicamento). También puede pedir a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, una cantidad inferior al

suministro para un mes, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas para el reabastecimiento de distintas recetas.

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

- Si usted paga un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Como el coseguro se basa en el costo total del medicamento, el costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de abonar un copago por el medicamento, solo pagará la cantidad de días del medicamento que recibe en vez de un mes completo. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (tarifa diaria de costo compartido) y lo multiplicaremos por el número de días que recibe el medicamento.

Sección 5.4 Una tabla que muestra los costos para un suministro a largo plazo (de 32 a 90 días) por un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es de 32 a 90 días.

La tabla a continuación muestra cuánto pagará al obtener un suministro a largo plazo de un medicamento.

- En ocasiones, el costo del medicamento es menor que su copago. En estos casos, paga el precio más bajo del medicamento en vez del copago.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo para un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

Nivel	Costos compartidos de farmacia minorista y de pedidos por correo estándar (dentro de la red) (Suministro para 32 a 90 días)	Costo compartido de minorista preferido (dentro de la red) (Suministro para 32 a 90 días)	Costo compartido del pedido por correo preferido (Suministro para 32 a 90 días)
Costo compartido del nivel 1 (Genéricos preferidos)			
Costo compartido del nivel 2 (Genéricos)			
Costo compartido del nivel 3 (Marca preferida)			

Nivel	Costos compartidos de farmacia minorista y de pedidos por correo estándar (dentro de la red) (Suministro para 32 a 90 días)	Costo compartido de minorista preferido (dentro de la red) (Suministro para 32 a 90 días)	Costo compartido del pedido por correo preferido (Suministro para 32 a 90 días)
Costo compartido del nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	50% del monto aprobado.	50% del monto aprobado.	50% del monto aprobado.
Costo compartido del nivel 5 (Nivel de medicamentos de especialidades)	No hay suministro a largo plazo para los medicamentos del nivel 5	No hay suministro a largo plazo para los medicamentos del nivel 5	No hay suministro a largo plazo para los medicamentos del nivel 5

No paga más de \$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 el deducible.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de medicamentos para el año alcancen los \$5,030

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos recetados que le hayan surtido alcance los **\$5,030, que es el límite para la Etapa de cobertura inicial.**

La EOB de la Parte D que reciba lo ayudará a llevar un registro de lo que usted y el plan y cualquier otro tercero gastaron en sus medicamentos durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$5,030 en un año.

Le avisaremos si alcanza este monto. Si usted alcanza este monto, abandonará la Etapa de cobertura inicial para pasar a la Etapa de brecha de cobertura. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare los costos a su cargo.

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de brecha de cobertura

Cuando usted está en la Etapa de brecha de cobertura, el Programa de descuentos para la brecha de cobertura de Medicare le ofrece descuentos de los fabricantes en los medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de dispensación de los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted pague como el que descuenta el fabricante se tendrán en cuenta para los costos a su cargo como si usted los hubiera pagado y lo ayudarán a atravesar la brecha de cobertura.

Usted también recibe algo de cobertura para medicamentos genéricos. Usted paga como máximo el 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Solo se tiene en cuenta el monto que usted paga, que lo ayuda a transitar la brecha de cobertura.

Seguirá pagando estos costos hasta que los pagos anuales a su cargo alcancen el monto máximo establecido por Medicare. Cuando alcanza este monto de \$8,000, sale de la Etapa de brecha de cobertura y pasa a la Etapa de cobertura de catástrofe.

Medicare tiene normas sobre qué cuenta y qué *no* cuenta como costos a su cargo (Sección 1.3).

Los requisitos de coseguro de la Etapa de brecha de cobertura no se aplican a los productos de insulina cubiertos de la Parte D, así como a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, como las vacunas contra el herpes zóster, contra el tétano y para viajeros.

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

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

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura de catástrofe, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D

Usted ingresa en la Etapa de cobertura de catástrofe cuando los costos a su cargo han alcanzado el límite de \$8,000 por año calendario. Una vez que usted se encuentra en la Etapa de cobertura de catástrofe, permanecerá en esta etapa hasta finalizar el año calendario.

- Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Estas vacunas se incluyen 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. Consulte la “Lista de medicamentos” del plan o comuníquese con servicio de atención al cliente para conocer los detalles de cobertura y costo compartido sobre una vacuna específica.

La cobertura de las vacunas de la Parte D se divide en dos partes:

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

Los costos de las vacunas de la Parte D dependerán de tres cosas:

- 1. Si una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) recomienda la vacuna para adultos.**
 - La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D son recomendadas por el ACIP y no le costarán nada.
- 2. Dónde recibe la vacuna.**
 - La vacuna se puede administrar en una farmacia o en el consultorio del médico.
- 3. Quién le aplica la vacuna.**
 - Un farmacéutico u otro proveedor puede colocarle la vacuna en la farmacia. O bien un proveedor puede colocársela en el consultorio del médico.

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

- En ocasiones, cuando recibe una vacuna, tiene que pagar el costo total del medicamento y del proveedor que le administró la vacuna. Podrá solicitar a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo. En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, significa que se le reembolsará la totalidad del costo que pagó.
- En otras ocasiones, cuando recibe una vacuna, paga solo su parte del costo por el beneficio de la Parte D. En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

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

Situación 1: La vacuna de la Parte D se coloca en la farmacia de la red. (Que tenga esta opción depende del lugar en el que usted viva. En algunos estados no se permite a las farmacias administrar algunas vacunas).

- En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.
- En el caso de otras vacunas de la Parte D, pagará el coseguro o el copago de la vacuna a la farmacia; el costo de administrar la vacuna está incluido.
- Nuestro plan pagará el resto del costo.

Situación 2: Recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio del médico.

- Cuando recibe la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna y el costo del proveedor que se la administró.
- Luego, puede pedir al plan que pague su parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará la totalidad del monto que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, le reembolsaremos el monto que pagó después de descontar el coseguro o copago de la vacuna (incluida la administración).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red y la lleva al consultorio del médico donde se la administra.

- En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.
- En el caso de otras vacunas de la Parte D, pagará el coseguro o el copago de la vacuna a la farmacia.
- Cuando el médico le administre la vacuna, usted podría tener que pagar el costo total de ese servicio.
- Luego, puede pedir al plan que pague su parte del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará la totalidad del monto que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, le reembolsaremos el monto que pagó después de descontar el coseguro por la administración de la vacuna.

Para que el farmacéutico pueda dispensarle y administrarle la vacuna, las vacunas de la Parte D requieren una receta médica.

Si elige recibir una vacuna como se describe en la Situación 3, deberá surtir su receta en la farmacia el mismo día en que se administrará la vacuna. Algunas vacunas requieren una manipulación especial y deben dispensarse tan cerca de la consulta médica como sea posible.

Si necesita que se le reembolse el costo de la vacuna o la tarifa de la administración que cobre el médico, no olvide guardar todos los recibos y obtener el nombre de la vacuna, la cantidad que se le administró (por ejemplo, 0.5 ml) y el Código Nacional de Medicamentos (NDC) antes de salir del consultorio médico, ya que necesitará esta información para obtener el reembolso. Puede descargar el formulario de reclamación de reembolso directo de gastos de farmacia de nuestro sitio web en www.bcbsm.com/claimsmedicare o puede solicitarlo al Servicio de Atención al Cliente. (Los números de teléfono de servicio de atención al cliente están impresos en la contraportada de este documento). Deberá presentar su reclamo en el plazo de tres años a partir de la fecha en que recibió la vacuna.

Si obtiene la vacuna de la Parte D en:	Y se la aplican en:	Usted paga (o se le reembolsa)
La farmacia	La farmacia (no es posible en todos los estados)	Usted paga el copago o el coseguro habitual correspondiente a la vacuna.
El consultorio del médico	El consultorio del médico	Usted paga directamente todo el costo de la vacuna y su administración. Le reembolsamos este monto menos el copago o coseguro normal de la vacuna (incluida la administración).

Si obtiene la vacuna de la Parte D en:	Y se la aplican en:	Usted paga (o se le reembolsa)
La farmacia	El consultorio del médico	Usted paga el copago o el coseguro habitual correspondiente a la vacuna en la farmacia y el monto total que cobra el médico por la administración de la vacuna. Se le reembolsará el monto que haya cobrado el médico menos cualquier cargo que corresponda dentro de la red por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 7:

*Cómo solicitarnos que
paguemos la parte que nos
corresponde de una factura
que recibió en concepto de
servicios médicos o
medicamentos cubiertos*

SECCIÓN 1 **Situaciones en las que puede pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los medicamentos o servicios cubiertos**

A veces, al recibir atención médica o un medicamento recetado, puede ser necesario que pague el costo total. En otras ocasiones, quizás se encuentre con que ha pagado más de lo previsto según las normas de cobertura del plan. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el pago (la devolución del pago suele llamarse reembolso). Usted tiene derecho a que nuestro plan le devuelva el pago siempre que haya pagado más que la parte que le corresponde del costo de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que tenga que cumplir plazos para recibir el reembolso. 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 quizás por más de lo que le corresponde del costo compartido según se indica en este documento. Primero, intente que el proveedor le arregle la factura. Si eso no funciona, envíenos la factura a nosotros en vez de pagarla. Analizaremos la factura y decidiremos si los servicios deben tener cobertura, en cuyo caso le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, le avisaremos al proveedor. Nunca debe pagar más del costo compartido permitido por el plan. Si se contrata al proveedor, aún tiene derecho a recibir el tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede ser necesario que le solicite a nuestro plan que le devuelva el pago o que pague una factura que ha recibido:

1. Si recibió atención médica de emergencia o urgencia por parte de un proveedor que no está en la red de nuestro plan

Fuera del área de servicio, puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, más allá de si este participa o no en nuestra red.

- Solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o urgencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a prestar atención de emergencia. Si usted paga todo el importe en el momento de recibir la atención, solicítenos que le devolvamos el pago de la parte que nos corresponde del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba la factura de un proveedor por un pago que usted considera que no debe. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si usted ya ha pagado más que la parte que le corresponde del costo del servicio, determinaremos cuánto debía pagar y le devolveremos el pago de la parte que nos corresponde del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarle al plan directamente y solicitarle a usted que pague solo la parte del costo que le corresponde. Sin embargo, a veces cometen errores y le piden que pague más que la parte que le corresponde.

- Solo deberá pagar el monto del costo compartido cuando reciba los servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos por separado, lo que se denomina facturación del saldo. Esta protección (que usted nunca pague un monto mayor al monto de costos compartidos) se aplica aunque le paguemos al proveedor un monto menor del que este cobra por un servicio y aunque haya una controversia y no paguemos determinados cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red con un importe superior al que cree que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero considera que ha pagado demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y solicítenos que le devolvamos el pago de la diferencia entre el importe que pagó y el importe que debía pagar según el plan.

3. Si se inscribe de forma retroactiva en nuestro plan

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó los costos a su cargo por cualquiera de los medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá enviarnos la documentación (p. ej., recibos o facturas) correspondiente para el reembolso.

4. Si usa una farmacia fuera de la red para obtener un medicamento recetado

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

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el pago de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para ver información de estas circunstancias.

5. Si paga el costo total del medicamento recetado porque no tiene con usted la tarjeta de membresía del plan

Si no tiene con usted la tarjeta de membresía del plan, puede solicitar en la farmacia que llamen al plan o que averigüen sus datos de inscripción en el plan. Sin embargo, si la

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

farmacia no puede obtener de inmediato la información que necesita sobre su inscripción, es posible que tenga que pagar la totalidad del costo del medicamento recetado.

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el pago de la parte que nos corresponde del costo.

6. Si paga el costo total del medicamento recetado en otras situaciones

Tal vez pague el costo total del medicamento recetado porque, por algún motivo, se entera de que el medicamento no tiene cobertura.

- Por ejemplo, el medicamento podría no estar en la “Lista de medicamentos” del plan o podría tener una restricción o un requisito que usted desconozca o no considere que sea válido para su situación. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el pago. En algunas situaciones, podemos necesitar más información de su médico para devolverle el pago de la parte que nos corresponde del costo.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento tiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que ha recibido

Puede pedirnos un reembolso enviando una solicitud por escrito. Si nos envía una solicitud por escrito, envíe la factura y la documentación de cualquier pago que haya efectuado. Es conveniente guardar una copia de la factura y los recibos para su registro. **Debe enviarnos su reclamo en un plazo de 12 meses para los reclamos médicos y de 36 meses para los reclamos por medicamentos recetados** a partir de la fecha en la que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

Para asegurarse de darnos toda la información que necesitamos para tomar la decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamación (cuyo fin es solicitar el pago).

- No es necesario que use el formulario, pero su uso nos ayuda a procesar la información con más rapidez.
 - Si no usa el formulario de reclamo, necesitaremos la siguiente información para ayudarnos a procesar el reclamo:
 - Identificación del afiliado
 - Nombre del paciente
 - Fecha(s) del servicio

Capítulo 7 **Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos**

- Quién proporcionó el servicio (nombre del médico o centro), número de teléfono, número de identificación fiscal e Identificador nacional del proveedor (o NPI)
 - Monto cobrado por cada servicio
 - Código del procedimiento (la descripción del servicio) Y código de diagnóstico (el motivo de la visita)
 - Comprobante de pago (es decir, un resumen detallado del proveedor en el que se indique el monto pagado. Los recibos de caja y los cheques cancelados se aceptan como comprobantes de pago en determinados casos. Los giros postales y los desgloses particulares no se aceptan como comprobante de pago).
- Descargue una copia del formulario desde nuestro sitio web (www.bcbsm.com/claimsmedicare) o llame al servicio de atención al cliente y solicite un formulario.

Envíenos por correo su solicitud de pago, junto con cualquier factura o recibo pagado, a una de las siguientes direcciones:

Para servicios médicos:**BCN Advantage**

Member Reimbursements – G804

Blue Care Network

P.O. Box 68753

Grand Rapids, MI 49516-8753

Para medicamentos recetados:

Optum Rx

P.O. Box 650287

Dallas, TX 75265

SECCIÓN 3 **Consideraremos su solicitud de pago y le diremos si la aceptamos o no**

Sección 3.1 **Verificaremos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto es el importe**

Cuando recibamos su solicitud de pago, le avisaremos si necesitamos que nos proporcione alguna otra clase de información. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted cumplió con todas las normas, pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Si ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de la parte que nos

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

corresponde del costo por correo. Si aún no pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta que explique los motivos por los que no le enviamos el pago y su derecho de apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le decimos que no le pagaremos nada o una parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o con el importe que le pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, esto significa que nos está solicitando que modifiquemos la decisión que tomamos cuando rechazamos 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, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sus particularidades culturales como miembro del plan

Sección 1.1 Debemos brindarle información de la manera que le resulte útil y en consonancia con sus particularidades culturales (en otros idiomas, en braille, en letra grande o en formatos alternativos, etc.)

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, clínicos o no, se proporcionen de manera culturalmente adecuada y que estén accesibles a todos los inscritos, incluso a quienes tienen competencia limitada de inglés, habilidades limitadas de lectura, incapacidad auditiva o quienes tienen antecedentes étnicos y culturales diversos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, los siguientes: prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en braille, en letra grande o en formatos alternativos sin costo si así lo necesita. Se nos exige que le brindemos información acerca de los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a servicio de atención al cliente.

Nuestro plan tiene la obligación de dar a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para recibir servicios de atención médica preventiva y de rutina.

Si los proveedores en la red de nuestro plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan ubicar especialistas fuera de la red que le brinden la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran el servicio que necesita, llame al plan para pedir información de adónde puede acudir para obtener este servicio a un costo compartido de la red.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, para acudir a un especialista en salud de la mujer o para encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja al Servicio de Atención al Cliente, al 1-800-450-3680, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, con horario de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso de manera oportuna a los servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) que se encuentre en la red del plan para proporcionar y coordinar los servicios cubiertos. También tiene derecho a ir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una derivación.

Tiene derecho a obtener una cita y los servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *en un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir los servicios de especialistas de manera oportuna cuando necesita atención. También tiene derecho a obtener los suministros o las reposiciones de sus recetas en cualquier farmacia de nuestra red sin largas demoras.

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

Sección 1.3 Somos responsables de la evaluación de la tecnología médica

La Administración de políticas médicas de Blue Cross Blue Shield of Michigan y el departamento de Gestión de la atención de Blue Care Network of Michigan son responsables de la evaluación de las nuevas tecnologías y las nuevas aplicaciones de las tecnologías existentes, el desarrollo de políticas médicas relacionadas con estas tecnologías y el desarrollo de recomendaciones de cobertura. Este proceso incluye, pero no está limitado a las siguientes áreas de nuevas tecnologías potenciales: procedimientos y servicios médicos, dispositivos médicos, procedimientos quirúrgicos, procedimientos de salud conductual y farmacéutica.

Sección 1.4 Protegemos la privacidad de su información médica personal

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

- Su información médica personal abarca la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información personal médica y relacionada con la salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y de controlar cómo se usa su información médica. Le damos un aviso por escrito, llamado **Aviso de prácticas de privacidad**, que le informa sobre estos derechos y le explica de qué manera protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica personal?

- Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada vea o cambie sus expedientes.
- Excepto en las circunstancias mencionadas debajo, si tenemos la intención de suministrar su información médica a otra persona que no le brinda atención médica ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle primero autorización por escrito a usted o a alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre.*

- Existen algunas excepciones en las que no se nos exige obtener su permiso por escrito primero. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por ley.
 - Se nos exige que revelemos información médica a las agencias de gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Como usted es miembro de nuestro plan por Medicare, debemos proporcionarle su información médica a Medicare, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales; por lo general, se exige que no se comparta la información que lo identifique específicamente.

Puede ver la información en sus registros y saber de qué manera se compartió con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos en poder del plan y a obtener una copia de estos. Tenemos permitido cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a pedirnos que añadamos o corriamos información en sus registros médicos. Si nos lo solicita, analizaremos la situación con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Tiene derecho a saber de qué manera se compartió su información médica con otros para cualquier fin que no sea el habitual.

Si tiene preguntas o inquietudes acerca de la privacidad de su información médica personal, llame al servicio de atención al cliente.

Blue Cross[®] Blue Shield[®] of Michigan Blue Care Network of Michigan

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

PARA LOS MIEMBROS DE NUESTROS PLANES DE GRUPOS SUSCRITOS O QUE NO PERTENECEN A GRUPOS, INCLUIDOS LOS PLANES DE MEDICAMENTOS RECETADOS Y MEDICARE ADVANTAGE

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CON ATENCIÓN.

Entidades afiliadas que abarca este aviso

Este aviso aplica a las prácticas de privacidad de las siguientes entidades afiliadas cubiertas que puedan compartir su información médica protegida según sea necesario para las operaciones de atención médica, pago y tratamientos.

- Blue Cross Blue Shield of Michigan
 - Blue Care Network of Michigan
-

Nuestro compromiso en relación con su información médica protegida

Comprendemos la importancia de su información médica protegida (en adelante haremos referencia a esta como “PHI”) y seguimos políticas estrictas (en conformidad con las leyes de privacidad estatales y federales) para mantener privada su PHI. La PHI es información sobre usted, incluidos los datos demográficos, que puede ser utilizada, de manera razonable, para identificarlo, y que se relaciona con su salud física o mental pasada, presente o futura, con la prestación de atención médica que recibe o con el pago de dicha atención. Nuestras políticas abarcan la protección de su PHI, ya sea oral, escrita o electrónica.

En este aviso, le explicamos cómo protegemos la privacidad de su PHI y de qué manera permitiremos que se la use y se la dé a conocer (“divulgue”). Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras esté vigente. Este aviso tiene vigencia a partir del 30 de septiembre de 2016 y permanecerá vigente hasta que se lo reemplace o modifique.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre que las leyes aplicables permitan esos cambios. Estas prácticas revisadas aplicarán a su PHI sin importar cuándo se la creó o recibió. Antes de efectuar cambios importantes en nuestras prácticas de privacidad, proporcionaremos un aviso revisado a nuestros suscriptores.

Cuando múltiples leyes estatales o federales protejan la privacidad de su PHI, seguiremos los requisitos que proporcionen el mayor grado de protección de la privacidad. Por ejemplo, cuando autoriza la divulgación a terceros, las leyes estatales exigen que BCBSM condicione la divulgación a la promesa del receptor de obtener su permiso por escrito para divulgar su PHI a alguien más.

Nuestro uso y divulgación de su información médica protegida

Podemos usar y divulgar su PHI para los siguientes fines sin su autorización:

- **Para dársela a usted y a su representante personal:** Podemos entregarle su PHI a usted o a su representante personal (alguien que esté legalmente autorizado a actuar en su nombre).

- **Para tratamiento:** Podemos usar y divulgar su PHI a los proveedores de atención médica (médicos, dentistas, farmacias, hospitales y otros cuidadores) que la soliciten en relación con su tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a proveedores de atención médica en relación con programas de gestión de casos y enfermedades.
- **Para pagos:** Podemos usar y divulgar su PHI para actividades relacionadas con el pago y con proveedores de atención médica y otros planes de salud, que incluyen las siguientes:
 - Obtener los pagos de las primas y determinar la elegibilidad para recibir los beneficios.
 - Pagar reclamos de servicios de atención médica que están cubiertos por nuestro plan de salud.
 - Responder a consultas, apelaciones y quejas formales.
 - Coordinar los beneficios con otro seguro que tenga.
- **Para operaciones de atención médica:** Podemos usar y divulgar su PHI para nuestras operaciones de atención médica, entre ellas:
 - Realizar actividades de evaluación y mejoramiento de la calidad, como la revisión por pares, la matriculación de proveedores y la acreditación.
 - Efectuar evaluaciones de resultados y análisis de reclamos médicos.
 - Prevenir, detectar e investigar el fraude y el uso indebido.
 - Actividades de suscripción, clasificación y reaseguro (aunque se nos prohíbe usar o divulgar cualquier información genética para fines de suscripción).
 - Coordinar actividades de gestión de casos y enfermedades.
 - Comunicarnos con usted sobre sus alternativas de tratamiento u otros servicios y beneficios asociados con la salud.
 - Realizar actividades de gestión comercial y otras actividades administrativas generales, entre ellas, la gestión de los sistemas y el servicio de atención al cliente.

También podemos divulgar su PHI a otros proveedores y planes de salud que tienen relación con usted en el caso de determinadas operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI para sus actividades de evaluación y mejoramiento de la calidad o para la detección de fraude y uso indebido de la atención médica.

- **Para dársela a otras personas que participan en su atención:** En determinadas circunstancias, podemos entregar a un familiar, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique la PHI que esté directamente vinculada con la participación de esa persona en su atención médica o en el pago de la atención médica. Por ejemplo, podemos considerar una decisión sobre un reclamo en presencia de un amigo o un familiar, a menos que usted se niegue.
- **Cuando lo requiera la ley:** Usaremos y divulgaremos su PHI si así lo requiere la ley. Por ejemplo, usaremos y divulgaremos su PHI en respuesta a órdenes judiciales y administrativas, así como citaciones, y para cumplir con las leyes de indemnización de

trabajadores. Divulgaremos su PHI cuando lo solicite el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos y autoridades regulatorias estatales.

- **Por cuestiones de interés público:** Podemos usar o divulgar su PHI sin su permiso por escrito para cuestiones de interés público, que pueden incluir los siguientes ejemplos:
 - Actividades de salud y seguridad pública, entre ellas, informes estadísticos vitales y de enfermedades, informes de abuso de menores y supervisión de la Administración de Medicamentos y Alimentos.
 - Informar el abuso, maltrato o abandono de menores, así como casos de violencia doméstica.
 - Informar a organizaciones de obtención de órganos y donación de tejidos.
 - Prevenir una grave amenaza para la salud o la seguridad de otros.
- **Para investigación:** Podemos utilizar y divulgar su PHI para llevar a cabo actividades de investigación especiales, siempre que se implementen determinadas medidas establecidas de antemano para proteger su privacidad.
- **Para comunicarnos con usted respecto de productos y servicios relacionados con la salud:** Podemos usar su PHI para comunicarnos con usted respecto de productos y servicios relacionados con la salud que nosotros ofrecemos o que están incluidos en su plan de beneficios. Podemos utilizar su PHI para comunicarle información acerca de las alternativas de tratamiento que podrían interesarle.

Estas comunicaciones pueden incluir información acerca de proveedores de atención médica en nuestras redes, la sustitución o mejora de su plan de salud e información acerca de productos o servicios relacionados con la salud que están disponibles solo para quienes están inscritos en nuestros planes y que añaden valor a su plan de beneficios.

- **A nuestros socios comerciales:** De vez en cuando, involucramos a terceros para que nos proporcionen diversos servicios. Cuando un acuerdo con un tercero supone el uso o la divulgación de su PHI, firmamos un contrato por escrito con dicho tercero, destinado a proteger la privacidad de su PHI. Por ejemplo, podemos compartir su información con socios comerciales que procesan reclamos o que llevan a cabo programas de gestión de enfermedades en nuestro nombre.
- **A planes de salud y patrocinadores del plan:** Participamos en un arreglo organizado de atención médica con nuestros planes de salud grupal suscritos. Enviamos PHI a estos planes, así como los empleadores u otras entidades que los patrocinan, como parte de la información de inscripción (aunque se nos prohíbe usar o divulgar cualquier información genética con fines de suscripción). Algunos planes y sus patrocinadores pueden recibir PHI adicional de BCBSM y BCN. Siempre que divulguemos PHI a los planes o a sus patrocinadores, estos deben cumplir con las leyes aplicables que rigen el uso y la divulgación de su PHI, que incluye modificar los documentos del plan de su plan de salud grupal a fin de establecer los usos limitados y las divulgaciones que puede hacer de su PHI.

Puede darnos su autorización por escrito para usar su PHI o para divulgarla a cualquiera para cualquier fin. Si nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier

momento. Revocarla no afectará al uso o la divulgación permitidos por su autorización mientras esta estaba vigente. Algunos usos y divulgaciones de su PHI requieren una autorización firmada:

- **Para comunicaciones de marketing:** Los usos y divulgaciones de su PHI para comunicaciones de marketing no se realizarán sin una autorización firmada, excepto cuando esté permitido por la ley.
- **Venta de PHI:** No venderemos su PHI sin una autorización firmada excepto cuando esté permitido por la ley.
- **Notas de psicoterapia:** Al grado (si hubiera) que mantengamos o recibamos notas de psicoterapia sobre usted, la divulgación de estas notas no se hará sin una autorización firmada, excepto cuando esté permitido por la ley.

No se realizará ningún otro uso o divulgación de su información médica protegida, excepto como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad, sin su autorización firmada.

Divulgaciones que usted solicite

Puede indicarnos y dar su autorización por escrito para que divulguemos su PHI a terceros con cualquier fin. Le solicitamos que su autorización se realice en nuestro formulario estándar. Para obtener el formulario, llame al número del Servicio de Atención al Cliente que está en el reverso de su tarjeta de membresía o llame al 1-313-225-9000.

Derechos de las personas

Usted tiene los siguientes derechos. Para ejercer estos derechos, debe enviar una solicitud por escrito en nuestros formularios estándar. Para obtenerlos, llame al número del Servicio de Atención al Cliente que está en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro o llame al 1-313-225-9000. Estos formularios también están disponibles en línea en www.bcbsm.com.

- **Acceso:** Con algunas excepciones, tiene derecho a consultar o recibir una copia de su PHI que se encuentra en el grupo de registros que usamos a fin de tomar decisiones sobre usted, que incluye nuestras notas sobre inscripción, pagos, resolución de reclamos y gestiones médicas o de casos. Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa razonable por los costos de copia y envío. Puede solicitar que se le proporcionen estos materiales de forma escrita o, en ciertas circunstancias, de forma electrónica. Si solicita un formato alternativo, por ejemplo un resumen, podemos cobrar una tarifa por los costos de preparación del resumen. Si rechazamos su solicitud de acceder a esta información, le informaremos en qué nos basamos para esta decisión y si tiene derecho a una revisión adicional.
- **Informe de divulgación:** Tiene el derecho a un informe de las divulgaciones que nosotros, o nuestros socios comerciales, hayamos hecho de su PHI en los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. No se nos exige que informemos las divulgaciones

realizadas antes del 14 de abril de 2003, o las divulgaciones que hayamos hecho a usted, a su representante personal o en conformidad con su autorización o permiso informal; por actividades de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; como parte de un conjunto limitado de datos; relacionados con una divulgación permitida; o con fines de inteligencia o seguridad nacional; o para el cumplimiento de la ley o correccionales relacionadas con personas detenidas legalmente.

Tiene derecho a solicitar un informe de divulgación gratuito cada 12 meses. Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa razonable por cada informe de divulgación adicional que solicite durante el mismo período de 12 meses.

- **Solicitudes de restricción:** Tiene derecho a solicitar que pongamos restricciones a la manera en que usamos o divulgamos su PHI para operaciones de tratamiento, pago o atención médica. No se nos exige que aceptemos estas restricciones adicionales; pero si lo hacemos, las respetaremos (excepto si es necesario para un tratamiento de emergencia o si lo exige la ley), a menos que le avisemos que rescindiremos su contrato.
- **Modificación:** Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su PHI en el conjunto de registros que se describen más arriba en la sección Acceso. Si rechazamos su solicitud, se lo explicaremos por escrito. Si no está de acuerdo, puede hacer que se presente una declaración de su desacuerdo en nuestros registros. Si aceptamos su solicitud de modificar la información, haremos esfuerzos razonables para comunicarles la modificación a los demás, incluidas las personas que usted mencione.
- **Comunicación confidencial:** Acostumbramos comunicar al suscriptor las decisiones relacionadas con los pagos y los beneficios, y estas pueden incluir PHI. Los miembros que consideren que esta práctica podría ponerlos en peligro pueden solicitarnos que nos comuniquemos con ellos mediante medios o ubicaciones alternativas razonables. Por ejemplo, un miembro puede solicitar que le enviemos una Explicación de los beneficios a un apartado postal en vez de al domicilio del suscriptor. Para solicitar comunicaciones confidenciales, llame al número del Servicio de Atención al Cliente que está en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro o al 1-313-225-9000.
- **Aviso de filtración:** En caso de que ocurra una filtración de su PHI no protegida, le proporcionaremos una notificación de dicha filtración según lo exija la ley o cuando lo consideremos adecuado.

Preguntas y quejas

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o una copia por escrito de este aviso, comuníquese con nosotros a la siguiente dirección:

Blue Cross Blue Shield of Michigan
600 E. Lafayette Blvd., MC 1302
Detroit, MI 48226-2998
Attn: Privacy Official
Teléfono: 1-313-225-9000

Para su conveniencia, también puede obtener una copia electrónica (descargable) de este aviso en línea en www.bcbsm.com.

Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, o cree que hemos usado o divulgado indebidamente su PHI, llámenos al 1-800-552-8278. También puede completar nuestro formulario de quejas sobre privacidad en línea en www.bcbsm.com.

También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Le proporcionaremos la dirección para presentar su queja cuando lo solicite. Apoyamos su derecho de proteger la privacidad de su PHI. No tomaremos represalias de manera alguna si presenta una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Fecha de la última revisión: 12/16/2022

CF 1296 OCT 21

Sección 1.5 Debemos brindarle información sobre el plan, la red de proveedores y los servicios cubiertos

Como miembro de BCN Advantage Community Value, tiene derecho a que le enviemos varias clases de información.

Si desea algunos de los siguientes tipos de información, llame a servicio de atención al cliente.

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero del plan.
- **Información acerca de los proveedores y farmacias de nuestra red.** Tiene derecho a obtener información sobre las cualificaciones de los proveedores y farmacias de nuestra red y de la manera en que les pagamos a los proveedores de la red.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe cumplir al usarla.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información relativa a los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 brindan información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información acerca de los motivos por los cuales algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9 se brinda información sobre cómo pedir una explicación por escrito sobre por qué no se cubre un servicio médico o un medicamento de la Parte D o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también brinda información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamado apelación.

Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho de tomar decisiones sobre su atención

Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención médica

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

También tiene derecho a participar por completo en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre el mejor tratamiento para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su enfermedad, independientemente de lo que cuesten o de que tengan o no cobertura de nuestro plan. También incluye que le informen sobre programas que ofrezca nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y a usarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo en su atención. Se le debe informar con anticipación si algún tipo de atención médica o tratamiento propuestos forman parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho de decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, aun cuando su médico le recomiende que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Naturalmente, si rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, acepta toda responsabilidad por lo que le suceda como resultado de ello.

Tiene el derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

En ocasiones las personas no pueden tomar decisiones sobre la atención médica por sí mismos debido a un accidente o a una enfermedad grave. Tiene el derecho a decir qué quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgar **a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si en algún momento llega a encontrarse incapacitado para tomar decisiones por sí mismo.
- **Dar instrucciones escritas a sus médicos** sobre cómo desea que manejen su atención médica en caso de quedar incapacitado para tomar decisiones médicas por usted mismo.

Los documentos legales que puede usar para dar instrucciones anticipadas en estas situaciones se denominan **directivas anticipadas**. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes formas de denominarlas. Los documentos llamados **testamento vital y poder legal para la atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea usar una **directiva anticipada** para dar instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Puede pedirle un formulario de directivas anticipadas a su abogado o al asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. En ocasiones, puede obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que brindan información sobre Medicare. También puede comunicarse con servicio de atención al cliente para pedirnos los formularios.
- **Completar y firmar el formulario.** Independientemente del origen del formulario, tenga presente que es un documento legal. Considere consultar con un abogado para que lo ayude a prepararlo.

- **Entregar las copias a las personas apropiadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombra en el formulario que puede tomar decisiones por usted si no está en condiciones. Podría ser conveniente entregarles copias a sus amigos cercanos o los miembros de su familia. Guarde una copia en su hogar.

Si sabe de antemano que será hospitalizado y tiene una directiva anticipada firmada, **lleve una copia al hospital con usted.**

- En el hospital le preguntarán si ha firmado un formulario de directivas anticipadas y si lo tiene con usted.
- Si no lo ha hecho, el hospital tiene formularios disponibles, y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que es su elección si desea preparar un documento de directivas anticipadas (incluso en el caso de que desee firmarlo mientras se encuentra en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a darle atención o discriminarlo porque usted tenga o no una directiva anticipada firmada.

Qué hacer si no se cumplen sus instrucciones

Si usted ha firmado una directiva anticipada y considera que un médico o un hospital no cumplieron con lo establecido allí, puede presentar una queja.

Visite www.michigan.gov/lara y haga clic en *File a complaint (Presentar una queja)*.

Para presentar una queja contra un hospital u otro centro de atención médica póngase en contacto con:

Department of Licensing & Regulatory Affairs
Bureau of Community and Health Systems - Health Facility Complaints
P.O. Box 30664
Lansing, MI 48909-8170

Llame al: 1-800-882-6006 de 8 a.m. a 5 p.m. (hora del este), de lunes a viernes (los usuarios de TTY deben llamar al 711). **Correo electrónico:** BCHS-Complaints@michigan.gov **Fax:** 1-517-763-0219

Para presentar una queja contra un médico, el personal de enfermería o cualquier profesional médico con licencia estatal póngase en contacto con:

Bureau of Professional Licensing
Complaint Intake Section
P.O. Box 30670
Lansing, MI 48909-8170

Llame al: 1-517-241-0205 de lunes a viernes de 8 a.m. a 4:30 p.m., hora del este (los usuarios de TTY deben llamar al 711). **Correo electrónico:** BPL-Complaints@michigan.gov **Fax:** 1-517-241-2389 (Attn: Complaint Intake)

Sección 1.7 Tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o hacer una apelación, el Capítulo 9 de este documento le dice qué 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 1.8 ¿Qué puede hacer si considera que lo tratan injustamente o que no respetan sus derechos?

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

Si cree que lo han tratado de forma injusta o que no se han respetado sus derechos a causa de su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o país de procedencia, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al número 1-800-368-1019 o TTY al número 1-800-537-7697, o bien, llame a la Oficina de Derechos Civiles local.

Si se trata de otro tema

Si cree que fue tratado injustamente o que no se respetaron sus derechos *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar su problema:

- Puede **llamar a servicio de atención al cliente.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para más detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Existen varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a servicio de atención al cliente.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para más detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare.**
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Derechos y protecciones de Medicare.* (Esta publicación está disponible en: **www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf**).
 - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

A continuación se enumera lo que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame al servicio de atención al cliente.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta *Evidencia de cobertura* para conocer lo que está cubierto en su caso y las normas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 le dan los detalles de los servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 brindan detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe informárnoslo.** El Capítulo 1 le indica cómo se coordinan estos beneficios.
- **Avise a su médico y otros proveedores de atención de la salud que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan siempre que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Dé información a los médicos y otros proveedores, hágales preguntas y siga sus indicaciones a fin de contribuir a que estos lo ayuden.**
 - Para contribuir a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y a otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga los planes y las instrucciones de tratamiento acordados entre usted y sus médicos.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma, incluso los medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas, y asegúrese de obtener una respuesta que entienda.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos los miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe de manera tal que colabore con el correcto funcionamiento del consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Debe pagar las primas de su plan.
 - Debe continuar pagando una prima por la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - En el caso de la mayoría de los servicios médicos o los medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo en el momento de recibirlos.
 - Si se le exige que pague una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.

- Si tiene que pagar el importe adicional de la Parte D debido a un ingreso anual, debe continuar pagando el importe adicional directamente al Gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, necesitamos saberlo** para mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo contactarlo.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, usted no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de Retiro para Empleados Ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una queja

En este capítulo se explican dos tipos de procesos para manejar problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- En otros casos, tendrá que usar el **proceso de presentación de quejas**, también llamadas quejas formales.

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

La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y qué debe hacer.

Sección 1.2 ¿Y los términos legales?

Existen términos legales para algunas de las normas, los procedimientos y los tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos no resultan conocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de comprender. Para facilitar la comprensión, en este capítulo se siguen estas pautas:

- Se usan palabras más simples en lugar de algunos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo por lo general se dice “hacer una queja” en lugar de “presentar una queja formal”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”, y “organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”.
- También se usa la menor cantidad posible de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos usar lo ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o la información adecuada a su situación. Para ayudarlo a conocer los términos que debe usar, incluimos términos legales al proporcionar los detalles para el manejo de tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a reclamar. Por lo tanto, siempre debe dirigirse a servicio de atención al cliente para obtener ayuda. Pero, en algunas situaciones, puede necesitar la ayuda o guía de una persona que no esté conectada con nosotros. A continuación, se mencionan dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa del Gobierno con asesores capacitados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe usar para manejar un problema que esté teniendo. También pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecerle orientación con respecto a lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las direcciones de sitio web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para pedir ayuda. Para hacerlo:

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

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para solucionar su problema?

Si tiene un problema o una inquietud, solo debe leer las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. La guía que figura a continuación lo ayudará.

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

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (los artículos o servicios médicos o los medicamentos recetados de la Parte B) tiene cobertura o no, el modo en que está cubierta y problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, la **Sección 4, Guía sobre los conceptos básicos de las apelaciones y decisiones de la cobertura.**

No.

Pase a la **Sección 10** al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes.**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía sobre los conceptos básicos de las apelaciones y decisiones de la cobertura

Sección 4.1 Cómo pedir decisiones de cobertura y presentar apelaciones: el panorama completo

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se encargan de los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de la atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluidos los pagos). Para simplificar, nos referimos a los artículos y servicios médicos, así como a los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Puede usar los procesos de decisión de cobertura y de apelaciones para cuestiones tales como si algo está cubierto o no y el modo en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura, o al monto que pagaremos por la atención médica que usted reciba. Por ejemplo, si el médico de la red de nuestro plan lo deriva a un especialista que no está dentro de la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que el médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de rechazo estándar para este especialista o que la Evidencia de cobertura deje claro que ese servicio no tiene cobertura bajo ninguna circunstancia. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y pedir una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se niega a proporcionarle la atención médica que usted piensa que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, una solicitud de decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. La solicitud se desestimarán, por ejemplo, si la solicitud está incompleta, si alguien presenta la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se ha rechazado la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomamos una decisión de cobertura siempre que decidimos lo que usted tiene cubierto y el monto que pagaremos. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no tiene cobertura para la atención médica o que Medicare ya no la cubre. Si usted no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, sea antes o después de recibir un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En determinadas circunstancias, que mencionaremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** o

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

acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación la manejan revisores que no son los mismos que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, a esta apelación se la llama apelación de nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión que cobertura que tomamos para verificar si, al tomar la decisión, seguimos todas las normas de forma adecuada. Cuando hayamos finalizado la revisión, le indicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación de nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. La solicitud se desestimarán, por ejemplo, si la solicitud está incompleta, si alguien presenta la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de nivel 1, le enviaremos un aviso explicando por qué se ha rechazado la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si rechazamos toda o parte de su apelación de nivel 1 para la atención médica, su apelación pasará automáticamente al nivel 2 y estará a cargo de una organización de revisión independiente que no tiene conexión con nosotros.

- No es necesario hacer nada para iniciar un apelación de nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de nivel 1.
- Consulte la **Sección 5.4** de este capítulo para obtener información sobre las apelaciones de nivel 2.
- En el caso de las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos toda o parte de su apelación, deberá solicitar una apelación de nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 6 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión tomada en la apelación de nivel 2, puede avanzar a otros niveles de apelación (En la Sección 9 de este capítulo se explican los procesos de apelación de nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando pide una decisión de cobertura o presenta una apelación

A continuación, se presentan recursos disponibles si decide pedir algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos al servicio de atención al cliente.**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico.
- **Su médico puede hacer la solicitud por usted.** Si su médico lo ayuda con una apelación superior al nivel 2, tendrá que ser designado como su representante. Llame al servicio de atención al cliente y pida el formulario *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-

Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en **www.bcbsm.com/appointrep**).

- Para la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si su apelación se deniega en el nivel 1, se enviará automáticamente al nivel 2.
- Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico o proveedor que receta pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si su apelación de nivel 1 es denegada, su médico o el profesional que le receta puede solicitar una apelación de nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede designar a otra persona para que actúe como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a servicio de atención al cliente y pida el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en **www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf** o en nuestro sitio web en **www.bcbsm.com/appointrep**). El formulario otorga permiso a dicha persona para que actúe en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desee que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en el término de los 44 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión con respecto a su apelación), no se hará lugar a su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que le explicaremos su derecho a solicitar a la 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 profesional de abogados local u otro servicio de derivación. También hay grupos que le pueden proporcionar servicios legales gratuitos, si reúne los requisitos para recibirlos. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo proporciona detalles para su situación?

Hay cuatro situaciones diferentes que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes reglas y plazos, brindamos los detalles de cada una en una sección separada:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”

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

- **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si piensa que el médico le dio el alta demasiado pronto”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos tipos de servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto” (*se aplica solo a estos servicios*: servicios de atención médica en el hogar, atención en centros de enfermería especializada y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF])

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a servicio de atención al cliente. También puede obtener ayuda o información de organizaciones del Gobierno, como el 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 dice lo que debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

En esta sección, se habla sobre sus beneficios de atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*. En algunos casos, se aplican normas diferentes a la solicitud de medicamentos recetados de la Parte B. En dichos casos, explicaremos en qué difieren las reglas de los medicamentos recetados de la Parte B de las normas de los artículos y servicios médicos.

Esta sección le dice lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

1. No está recibiendo determinada atención médica que desea y cree que tiene cobertura de nuestro plan. **Pedir una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea proporcionarle y cree que dicha atención está cubierta por el plan. **Pedir una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Ha recibido atención médica que considera que debería estar cubierta por el plan, pero dijimos que no pagaremos. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**
4. Ha recibido y pagado por atención médica que considera que debería estar cubierta por el plan y desea solicitarle al plan que le reembolse esta atención. **Enviarnos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le dice que la cobertura de determinada atención médica que ha estado recibiendo que anteriormente aprobamos se verá reducida o se detendrá, y cree que reducir o detener esta atención podría causarle un daño a la salud. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), tendrá que leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Instrucciones detalladas: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se llama **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 suele hacerse en un plazo de 14 días o de 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida se toma generalmente en un plazo de 72 horas, para los servicios médicos, o de 24 horas para los medicamentos de la Parte B. A fin de obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Puede *pedir solamente* la cobertura de artículos o servicios médicos (sin solicitar el pago de artículos o servicios que ya recibió).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de los plazos estándar puede *causar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad para desempeñarse*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente darle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si usted 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 para lo siguiente:
 - Explicar que usaremos los plazos estándares.
 - Explicar que si su médico solicita la decisión de cobertura rápida; tomaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
 - Explicar que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de tomar una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó.

Paso 2: Solicitar a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Para comenzar, llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o cubramos la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándares, seguimos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta en el plazo de 14 días calendario tras la recepción de su solicitud **para un servicio o artículo médico**. Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta en el **plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud.

- **No obstante**, si necesita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días más** si su solicitud es para un servicio o artículo médico. Si tomamos más días, se lo diremos por escrito. No podemos dedicar tiempo adicional a tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Responderemos a su reclamo tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones y apelaciones de cobertura. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida usamos un plazo acelerado

Una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos en el plazo de 72 horas si su solicitud es para un servicio o artículo médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos en el plazo de 24 horas.

- **Sin embargo**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días más**. Si tomamos más días, se lo diremos por escrito. No podemos dedicar tiempo adicional a tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos no bien tomemos la decisión.
- **Si rechazamos su solicitud, ya sea de forma parcial o total**, le enviaremos una declaración por escrito que explica el motivo del rechazo.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

- Si decidimos no otorgar la cobertura, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de la

atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará automáticamente al nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de la atención médica se denomina reconsideración del plan. La apelación rápida también se conoce como reconsideración acelerada .

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar suele hacerse en un plazo de 30 días o de 7 días para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida se hace generalmente en un plazo de 72 horas.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no recibió, usted o su médico deberá optar por 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 los requisitos para la decisión de cobertura rápida en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Pida a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, presente la apelación estándar por escrito.** El Capítulo 2 tiene la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 tiene la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el término de los 60 días calendario** posteriores a la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si excede este plazo por una razón que lo justifique, explique por qué presentó tarde su apelación durante su presentación. Podemos concederle más tiempo para presentar la apelación. Entre los ejemplos de motivos justificados se incluyen una enfermedad grave que le impidiera comunicarse con nosotros o que le hayamos proporcionado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información relativa a su decisión médica. Usted y su médico pueden añadir más información para apoyar su apelación.**

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, examinamos cuidadosamente toda la información. Nos fijamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.

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

- Si es necesario, recabaremos más información y quizás nos comuniquemos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas desde que recibimos su apelación**. Le daremos una respuesta antes, si su salud lo requiere.
 - No obstante, si necesita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un servicio o artículo médico. Si tomamos más días, se lo diremos por escrito. No podemos dedicar tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas (o al final del período prolongado si nos tomamos un tiempo adicional), automáticamente deberemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelaciones de nivel 2.
- **Si aprobamos su solicitud, ya sea de forma parcial o total**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en el término de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si rechazamos su solicitud, ya sea de forma parcial o total**, le comunicaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para obtener 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 estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** desde que recibimos su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido **en el plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes, si su salud lo requiere.
 - No obstante, si necesita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un servicio o artículo médico. Si tomamos más días, se lo diremos por escrito. No podemos dedicar tiempo adicional a tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en el término de las 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
 - Si no le damos una respuesta antes del plazo (o al final de la extensión del plazo), enviaremos su solicitud a una apelación de nivel 2, y será revisada por una

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

organización de revisión independiente. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelaciones de nivel 2.

- **Si aprobamos su solicitud, ya sea de forma parcial o total**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura en el plazo de 30 días calendario si su solicitud es para un servicio o artículo médico o **en el plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan rechaza su apelación, ya sea de forma parcial o total**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para obtener una apelación de nivel 2.

Sección 5.4 Instrucciones detalladas: cómo se hace una apelación de nivel 2

Término legal

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. No tiene relación con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o debe cambiarse. Medicare supervisa el trabajo que esta hace.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama **archivo de su caso**. **Tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso**.
- Tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional que respalde su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente revisarán minuciosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el nivel 2

- Para una apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en el término de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un servicio o artículo médico y la organización de revisión independiente debe recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede dedicar tiempo adicional a tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una apelación estándar en el nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el nivel 2

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para un servicio o artículo médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en el término de 30 días calendario** desde la recepción de la apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de nivel 2 **en el término de 7 días calendario** desde la recepción de la apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un servicio o artículo médico y la organización de revisión independiente debe recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede dedicar tiempo adicional a tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da una respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos que la justifican.

- **Si la organización de revisión aprueba su solicitud, ya sea de forma parcial o total, para un servicio o artículo médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica acordada en el plazo de 72 horas o prestar el servicio en el término de 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándar. Para las solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión acepta parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en un plazo de **72 horas** de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares**. Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización rechaza su apelación, ya sea de forma parcial o total**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe autorizarse. (Esto se llama **mantener la decisión** o **rechazar su apelación**.) En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta con la siguiente información:
 - La explicación de su decisión.
 - Una notificación sobre su derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple con un mínimo determinado. En el aviso que reciba de la organización de revisión independiente se le informará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Información sobre cómo presentar una apelación de nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, usted elige si desea que su apelación suba de nivel.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones posteriores al nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si decide presentar un apelación de nivel 3, los detalles con respecto a cómo hacerlo se encuentran en el aviso que recibió por escrito después de su apelación de nivel 2.
- De la apelación de nivel 3 se encarga un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelación de los niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos solicita que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de atención médica?

El Capítulo 7 describe cuándo puede necesitar un reembolso o el pago de una factura recibida de un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

Solicitar un reembolso significa solicitarnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación pidiendo un reembolso, nos pide una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que usted pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para utilizar su cobertura para la atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud, puede suceder lo siguiente:** Si la atención médica está cubierta y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de la parte del costo que nos corresponde en el término de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. Si no ha pagado por la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Esto es lo que sucede si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* cumplió con todas las reglas, no le enviaremos el pago. En lugar de eso, le enviaremos una carta que diga que no pagaremos la atención médica y los motivos que justifican la decisión.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, esto significa que nos está solicitando que modifiquemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones descrito en la Sección 5.3. Para las apelaciones relativas a reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en el término de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. (Si nos solicita que le hagamos un reembolso por una atención médica que ya recibió y pagó, no tiene permitido solicitar una apelación rápida).
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si en alguna

etapa del proceso de apelaciones posterior al nivel 2 se acepta su apelación, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor en el término de los 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Esta sección le dice lo que debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos la parte que nos corresponde por un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos recetados. Para que esté cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre las indicaciones médicamente aceptadas). Si desea conocer los detalles de los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección se habla sobre sus medicamentos de la Parte D solamente.** Para simplificar las cosas, por lo general, diremos *medicamento* en el resto de esta sección para no repetir *medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios o medicamento de la Parte D* a cada momento. También usamos la expresión “Lista de medicamentos” en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos.
- Si la farmacia le indica que su receta no puede surtirse de forma escrita, la farmacia le entregará un aviso por escrito en el que se explique cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal
La 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 su cobertura, o al monto que pagaremos por los medicamentos que usted reciba. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Pedir una excepción. Sección 6.2**

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

- Solicitar que hagamos una excepción a una restricción de la cobertura de un medicamento del plan (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener). **Pedir una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar pagar un monto menor de costos compartidos por un medicamento cubierto en un nivel más alto de costos compartidos. **Pedir una excepción. Sección 6.2**
- Pedir la autorización previa de un medicamento. **Pedir una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pedir que paguemos por 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.

En esta sección se le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Para solicitar la cobertura de un medicamento que no está dentro de la “Lista de medicamentos”, a veces, se dice que se solicita una **excepción del formulario**.

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento a veces también se denomina solicitar una **excepción del formulario**.

Solicitar pagar un precio menor por un medicamento no preferido cubierto también se llama solicitar una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto del modo que le gustaría que lo esté, puede solicitarnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro proveedor de recetas tendrá que explicar los motivos médicos que justifican que necesite que se apruebe la excepción. A continuación se presentan tres ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro proveedor de recetas puede solicitarnos que hagamos:

1. **Cobertura de un medicamento de la Parte D que no está dentro de la “Lista de medicamentos”.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la “Lista de medicamentos”, deberá pagar el importe del costo compartido que se aplica a los medicamentos del nivel 4 (Medicamentos no preferidos). No puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.
2. **Eliminación de una restricción de un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5 se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos”. Si aceptamos hacer una excepción y

omitir una restricción a su favor, puede solicitar una excepción al monto de copago o coseguro que le exigimos que pague por el medicamento.

3. Cambio de la cobertura de un medicamento a un nivel más bajo de costos compartidos.

Cada medicamento incluido en la “Lista de medicamentos” se encuentra en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto menor sea el número del nivel de costos compartidos, menor será la parte que le corresponde pagar por el medicamento.

- Si nuestra “Lista de medicamentos” contiene medicamentos alternativos que tratan su afección médica y se encuentran en un nivel de costos compartidos más bajo que el medicamento que desea obtener, puede solicitarnos que cubramos el medicamento que desea obtener por el monto de costos compartidos que se aplica al medicamento alternativo.
- Si el medicamento que toma es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos el medicamento en un monto de costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su enfermedad.
- Si el medicamento que toma es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos el importe que se aplica al nivel de menor costo compartido del medicamento que contiene alternativas de marcas para tratar su enfermedad.
- Si el medicamento que recibe es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos el medicamento por el monto del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene productos de marca o genéricos alternativos que tratan su afección.
- No puede solicitarnos que cambiemos el nivel de costos compartidos de ningún medicamento incluido en el Nivel 5 (Medicamentos de especialidades).
- Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y hay más de un nivel más bajo de costos compartidos que incluya medicamentos alternativos que puede tomar, por lo general usted pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Cosas importantes que debe saber con respecto a solicitar excepciones

Su médico debe indicar los motivos médicos

Su médico u otro proveedor de recetas debe proporcionarnos una declaración que explique los motivos médicos que justifican la solicitud de una excepción. Para obtener una decisión más rápida, debe incluir esta información médica de su médico u otro proveedor de recetas cuando solicite la excepción.

Normalmente, nuestra “Lista de medicamentos” incluye más de un medicamento que trata una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se llaman medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo resultara tan eficaz como el medicamento que está solicitando y no causa más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general, *no* aprobaremos la solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general, *no*

aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos en el nivel de menor costo compartido no funcionen bien para usted o le causen reacciones adversas u otros daños.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación suele ser válida hasta la finalización del año del plan. Esto es así siempre y cuando su médico siga recetándole el medicamento y dicho medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión de nuestra decisión presentando una apelación.

Sección 6.4 Instrucciones detalladas: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal
Una decisión de cobertura rápida se denomina determinación de cobertura acelerada .

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las **decisiones de cobertura estándar** se hacen en un plazo de **72 horas** después de recibir la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápidas** se hacen en un plazo de **24 horas** después de recibir 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 con dos requisitos:

- Debe pedir un medicamento que aún no haya recibido. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- Usar los plazos estándares podría causar daños graves a su salud o dañar su capacidad funcional.
- **Si su médico u otro proveedor de recetas nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico o de otro proveedor de recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta para lo siguiente:
 - Explicar que usaremos los plazos estándares.
 - Explicar que si su médico u otro proveedor de recetas solicita la decisión de cobertura rápida; tomaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.

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

- Indicarle cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de tomar una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó. Responderemos a su reclamo en un plazo de 24 horas desde su recepción.

Paso 2: Solicitar una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Para comenzar, llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o cubramos la atención médica que desea. También puede tener acceso al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluidas las solicitudes enviadas mediante el *Formulario de solicitud de determinación de cobertura del modelo de los CMS* o el formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 tiene la información de contacto. Puede completar una solicitud de contacto en línea y nuestro Servicio de Asistencia Clínica Farmacéutica se comunicará con usted. Para hacerlo, debe seguir estos pasos:

1. Visite **www.bcbsm.com/complaintsmedicare**.
2. Seleccione *Prescription Drug Coverage Determination forms* (Formularios de determinación de cobertura de medicamentos recetados).
3. Seleccione el formulario *Requests for Medicare Prescription Drug Coverage Determination* (Solicitud de determinación de cobertura de un medicamento recetado de Medicare).
4. Usted o su médico pueden descargar el formulario y enviárnoslo o completar una solicitud de contacto, y nuestro Servicio de Asistencia Clínica Farmacéutica se comunicará con usted.

Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique el reclamo rechazado que está apelando.

Usted, su médico (u otro proveedor de recetas) o su representante pueden hacerlo. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo indica cómo puede otorgar un permiso por escrito a un tercero para que actúe como su representante.

- **Si está solicitando una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, es decir, las razones médicas para la excepción. Su médico u otro profesional autorizado para recetar medicamentos pueden enviarnos la justificación por fax o correo. O bien, su médico u otro proveedor de recetas nos lo puede decir por teléfono y realizar un seguimiento con el envío de una declaración por escrito, por fax o correo postal, de ser necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Por lo general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibir su solicitud.
 - Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos una respuesta antes, si su salud lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, deberemos enviar su solicitud al proceso de apelaciones de nivel 2, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aprobamos su solicitud, ya sea de forma parcial o total**, debemos proporcionar la cobertura acordada en el término de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos su solicitud, ya sea de forma parcial o total**, le enviaremos una justificación por escrito que explicará las razones por las que dijimos que no. Además, le indicaremos cómo apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Por lo general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
 - Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos una respuesta antes, si su salud lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, deberemos enviar su solicitud al proceso de apelaciones de nivel 2, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aprobamos su solicitud, ya sea de forma parcial o total**, debemos **proporcionar la cobertura** acordada en el **plazo de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos su solicitud, ya sea de forma parcial o total**, le enviaremos una justificación por escrito que explicará las razones por las que dijimos que no. Además, le indicaremos cómo apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en el término de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, deberemos enviar su solicitud al proceso de apelaciones de nivel 2, donde la revisará una organización de revisión independiente.

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

- Si aprobamos su solicitud, ya sea de forma parcial o total, también debemos efectuar el pago en el término de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si rechazamos su solicitud, ya sea de forma parcial o total, le enviaremos una justificación por escrito que explicará las razones por las que dijimos que no. Además, le indicaremos cómo apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si decidimos no otorgar la cobertura, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura del medicamento que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará automáticamente al nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Instrucciones detalladas: 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 denomina **redeterminación** del plan.

La apelación rápida también se conoce como **redeterminación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar suele hacerse en un plazo de 7 días. Una apelación rápida se hace generalmente en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si usted apela una decisión que tomamos con respecto a un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro proveedor de recetas tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que los requisitos para la decisión de cobertura rápida en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe ponerse en contacto con nosotros y presentar su apelación de nivel 1. Si su salud requiere una respuesta inmediata, debe solicitar una apelación rápida.

- Para las apelaciones estándares, presente una solicitud por escrito. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.
- Para las apelaciones rápidas, puede presentar la apelación por escrito o llamarnos al 1-800-450-3680. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.
- Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluidas las solicitudes enviadas mediante el *Formulario de solicitud de determinación de cobertura del modelo CMS*, que

está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.

- **Debe presentar su solicitud de apelación en el término de los 60 días calendario** posteriores a la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si excede este plazo por una razón que lo justifique, explique por qué presentó tarde su apelación durante su presentación. Podemos concederle más tiempo para presentar la apelación. Entre los ejemplos de motivos justificados se incluyen una enfermedad grave que le impidiera comunicarse con nosotros o que le hayamos proporcionado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información con respecto a su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden añadir más información para apoyar su apelación.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando estamos revisando su apelación, volvemos a mirar minuciosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Nos fijamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud. Podemos comunicarnos con usted o con su médico u otro proveedor de recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas desde que recibimos su apelación**. Le daremos una respuesta antes, si su salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en el término de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelaciones de nivel 2.
- **Si aprobamos su solicitud, ya sea de forma parcial o total**, debemos proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en el término de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si rechazamos su solicitud, ya sea de forma parcial o total**, le enviaremos una justificación por escrito que explicará las razones por las que dijimos que no 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 estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** desde que recibimos su apelación. Tomaremos una decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su afección médica lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en el término de los 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelaciones de nivel 2.

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

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionarle la cobertura tan rápido como su salud lo requiera, pero no más de **7 días calendario** de recibida su apelación.
- **Si rechazamos su solicitud, ya sea de forma parcial o total**, le enviaremos una justificación por escrito que explicará las razones por las que dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar por el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en el término de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, deberemos enviar su solicitud al proceso de apelaciones de nivel 2, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aprobamos su solicitud, ya sea de forma parcial o total**, también debemos efectuar el pago en el término de los **30 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si rechazamos su solicitud, ya sea de forma parcial o total**, le enviaremos una justificación por escrito que explicará las razones por las que dijimos que no. Además, le indicaremos cómo apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 2

Término legal

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. No tiene relación con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o debe cambiarse. Medicare supervisa el trabajo que esta hace.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro proveedor de recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de nivel 1, en el aviso que le enviemos por escrito se incluirán **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de nivel 2** ante la

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

organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no realizamos la revisión dentro del plazo correspondiente, o si tomamos una decisión desfavorable respecto de la determinación de riesgo según su programa de gestión de medicamentos, automáticamente enviaremos su reclamo a la IRE.

- Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama **archivo de su caso**. **Tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso**.
- Tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional que respalde su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente revisarán minuciosamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para apelación rápida

- Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización acepta otorgarle una apelación rápida, la organización debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándares, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** desde que se recibe su apelación, si es para un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya adquirió, la organización de revisión debe responder su apelación de nivel 2 **en el plazo de 14 días calendario** tras recibir la solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da una respuesta.

Para las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente aprueba su solicitud, ya sea de forma parcial o total**, debemos proporcionarle la cobertura del medicamento aprobada por la organización de revisión **en el plazo de 24 horas** tras la recepción de la decisión de la organización de revisión.

Para las apelaciones estándares:

- **Si la organización de revisión independiente aprueba su solicitud de cobertura, ya sea de forma parcial o total**, debemos **proporcionarle la cobertura del medicamento** aprobada por la organización de revisión **en el plazo de 72 horas** tras la recepción de la decisión de la organización de revisión.

- Si la organización de revisión independiente aprueba su solicitud de reembolso del pago de un medicamento que ya compró, ya sea de forma parcial o total, debemos enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza **parte o la totalidad** de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **confirmar la decisión**. También se lo conoce como **rechazo de su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta con la siguiente información:

- La explicación de su decisión.
- Una notificación sobre su derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que está solicitando cumple con un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, y la decisión que se tome en el nivel 2 es la decisión definitiva.
- Información del valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, usted elige si desea que su apelación suba de nivel.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones posteriores al nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación).
- Si decide presentar un apelación de nivel 3, los detalles con respecto a cómo hacerlo se encuentran en el aviso que recibió por escrito después de su apelación de nivel 2.
- De la apelación de nivel 3 se encarga un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los procesos de apelación de los niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización prolongada si considera que le dan de alta demasiado pronto

Cuando lo hospitalizan, tiene derecho a recibir todos los servicios cubiertos en el hospital que sean necesarios para diagnosticar y tratar la enfermedad o lesión que presenta.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que se vaya del hospital. Lo ayudarán con los arreglos necesarios para que reciba la atención que necesite fuera del hospital.

- El día en que se va del hospital se llama **fecha de alta**.
- Cuando se decida su fecha de alta, se la informará su médico o el personal del hospital.

- Si piensa que se le da el alta demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada, lo cual se considerará.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa sus derechos

En un plazo de dos días de su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *Mensaje importante de Medicare*. Todos los pacientes que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o el personal de enfermería), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al servicio de atención al cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

- 1. Lea este aviso con atención y haga preguntas si no lo entiende.** Le dice lo siguiente:
 - El derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según los ordene su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién estará a cargo del pago y en dónde puede recibirlos.
 - Su derecho de participar en cualquier decisión relativa a su hospitalización.
 - Dónde debe informar las inquietudes que tenga sobre la calidad de su hospitalización.
 - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si considera que está siendo dado de alta demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar una demora en la fecha de alta, de modo que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.
- 2. Deberá firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
 - Usted o la persona que actúe en su nombre deberán firmar el aviso.
 - Firmar el aviso demuestra *solamente* que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no dice la fecha de alta. Firmar el aviso **no implica** que acepta una fecha de alta.
- 3. Conserve su copia** del aviso a mano para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o reportar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.
 - Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta.
 - Para ver una copia de este aviso con antelación, puede llamar a servicio de atención al cliente o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2 Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que le cubramos los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante más tiempo, tendrá que usar el proceso de apelaciones para hacerlo. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y con qué plazos debe cumplir.

- **Siga el proceso.**
- **Conozca los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a servicio de atención al cliente. O llame al Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico, una organización del Gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Se fija si la fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico.

La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los cuales 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 la revisión de fechas de alta del hospital de personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puedo comunicarme con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) informa cómo ponerse en contacto con esta organización. También puede buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para realizar su apelación, debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes* de irse del hospital y **a más tardar a la medianoche del día del alta**.
 - **Si cumple con este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta *sin tener que pagar*, mientras espera la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad.
 - **Si no cumple con este plazo** y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta programada, *es posible que deba pagar todos los costos* de la atención hospitalaria recibida después de la fecha de alta programada.
- Si excede este plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y aún desea apelar, debe hacerlo directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar una apelación, consulte la Sección 7.4.

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

Una vez que solicita una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización para la Mejora de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente de que nos contacten, le daremos un **aviso detallado del alta**. Este aviso le proporciona la fecha planificada del alta y explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente adecuado) que se le dé el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra de ese **aviso detallado del alta** llamando al servicio de atención al cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.) O puede ver un ejemplo del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No debe preparar nada por escrito, pero puede hacerlo, si lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos dado.
- Antes del mediodía del día siguiente de que los revisores nos informaran de su apelación, recibirá un aviso por escrito en el que se le proporciona la fecha de alta planificada. Este aviso también le explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente adecuado) que se le dé el alta en esa fecha.

Paso 3: En el término de un día completo después de que cuente con toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará una respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si se acepta mi apelación?

- Si la organización de revisión *acepta* su apelación, **deberemos seguir prestándole los servicios de hospitalización cubiertos durante el tiempo en que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte del costo que le corresponde (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, podría haber limitaciones a los servicios cubiertos en el hospital.

¿Qué sucede si se rechaza mi apelación?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que la fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico. Si esto sucede, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios finalizará** al mediodía del día *posterior* a que la Organización para la Mejora de la Calidad responda a su apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que usted deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que

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

reciba después del mediodía del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad responda su apelación.

Paso 4: Si se rechaza su apelación de nivel 1, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta programada, puede realizar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasará automáticamente al **nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Con una apelación de nivel 2, usted le solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise de vuelta la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su hospitalización después de la fecha de alta programada.

Paso 1: Vuelva a comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en el término de los 60 días calendario** posteriores a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital tras la fecha de finalización de la atención de su cobertura.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad lleva a cabo una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad analizarán minuciosamente de vuelta toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En el término de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de una apelación de nivel 2, los revisores tomarán una decisión con respecto a su apelación y se la informarán.***Si la organización de revisión acepta la solicitud:***

- **Debemos reembolsarle** la parte de los costos que nos corresponde por la atención hospitalaria recibida a partir del mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó la primera apelación. **Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención hospitalaria como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico.**
- Usted debe continuar pagando la parte del costo que le corresponde, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión rechaza la solicitud:

- Significa que dicha organización está de acuerdo con la decisión que tomaron con respecto a su apelación de nivel 1 y no la cambiarán. Esto se llama confirmar la decisión.
- En el aviso que recibirá se le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es un rechazo, tendrá que decidir si desea que su apelación avance al nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones posteriores al nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si decide presentar un apelación de nivel 3, los detalles con respecto a cómo hacerlo se encuentran en el aviso que recibió por escrito después de su apelación de nivel 2.
- De la apelación de nivel 3 se encarga un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los procesos de apelación de los niveles 3, 4 y 5.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar la apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital?

Término legal
Una revisión rápida (o apelación rápida) también se denomina apelación acelerada .

En ese caso, puede presentarnos la apelación a nosotros

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para iniciar la apelación de nivel 1 sobre la fecha del alta del hospital. Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, hay otra manera de presentar la apelación.

Si usa esta otra manera de presentar la apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes*.

Información detallada: cómo presentar una apelación *alternativa* de nivel 1
Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una revisión rápida.

- **Solicitar una revisión rápida.** Esto significa que nos solicita que le demos una respuesta dentro de los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.

Paso 2: Llevamos a cabo una revisión rápida de su fecha de alta programada, en la que nos fijamos si fue adecuada desde el punto de vista médico.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Nos fijamos si la fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico.

Vemos si la decisión que se tomó con respecto a cuándo debía ser dado de alta del hospital fue justa y si se siguieron todas las normas.

Paso 3: Le informaremos nuestra decisión en el término de las 72 horas posteriores a la presentación de su solicitud de una revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación**, significa que estamos de acuerdo con usted en que aún necesita estar en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos brindando sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que debemos reembolsarle la parte de los costos que nos corresponde de la atención que haya recibido desde la fecha en que determinamos que finalizaría la cobertura. (Usted debe continuar pagando la parte del costo que le corresponde, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación**, significa que la fecha de alta programada era adecuada desde el punto de vista médico. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finaliza en el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de la fecha de alta programada, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta programada.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Información detallada: proceso de apelación *alternativa* de nivel 2

Término legal
El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de Revisión Independiente . A veces se denomina IRE .

La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. No tiene relación con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o debe cambiarse. Medicare supervisa el trabajo que esta hace.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de nivel 2 a la organización de revisión independiente en el término de las 24 horas posteriores al momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar una queja. En la Sección 10 de este capítulo se indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente lleva a cabo una revisión rápida de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en el término de las 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente revisarán minuciosamente toda la información relacionada con su apelación del alta hospitalaria.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, debemos devolverle la parte de los costos que nos corresponde por la atención hospitalaria que recibió a partir de la fecha de alta programada. Debemos continuar proporcionando la cobertura del plan de los servicios hospitalarios que haya recibido como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico. Usted debe continuar pagando la parte del costo que le corresponde. Si se aplican limitaciones de cobertura, estas podrían limitar el monto que le reembolsemos o el tiempo por el que le seguiríamos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que está de acuerdo en que la fecha de alta del hospital programada era adecuada desde el punto de vista médico.
 - El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le dirá cómo iniciar una apelación de nivel 3 con el proceso de revisión, que maneja un juez administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted elige si desea que su apelación avance.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones posteriores al nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, usted decide si desea aceptar la decisión o pasar a la apelación de nivel 3.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los procesos de apelación de los niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos tipos de servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección trata solo sobre tres servicios:*
atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada o servicios de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios)** tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención médica, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

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

Cuando decidimos que llegó el momento de dejar de cubrir cualquiera de estos tres tipos de atención, tenemos la obligación de informárselo con anticipación. Cuando finaliza su cobertura de dicha atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención.*

Si usted piensa que la cobertura de su atención finaliza demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** En esta sección se le indica cómo realizar la solicitud de una apelación.

Sección 8.2 Le diremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

Término legal

Aviso de no cobertura de Medicare. Le dice cómo puede solicitar una **apelación acelerada.** La solicitud de una apelación rápida es una manera formal y legal de solicitar que cambiemos nuestra decisión de cobertura con respecto a cuándo dejar de cubrir la atención que recibe.

1. **Recibe un aviso por escrito** al menos dos días antes de que el plan deje de cubrir su atención. El aviso le dice lo siguiente:
 - La fecha en que se dejará de cubrir la atención para usted.
 - Cómo solicitar una apelación acelerada para pedirnos que sigamos cubriendo su atención por más tiempo.
2. **A usted, o a alguien que actúe en su nombre, le pedirán que firme el aviso por escrito para mostrar que lo recibió.** Firmar el aviso demuestra *solamente* que recibió la información sobre el momento en que se finalizará su cobertura. Firmarlo no implica que usted esté de acuerdo con la decisión del plan de dejar de brindarle la atención.

Sección 8.3 Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 1 para que nuestro plan cubra la atención que recibe durante más tiempo

Si desea solicitarnos que le cubramos la atención que recibe durante más tiempo, tendrá que usar el proceso de apelaciones para hacerlo. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y con qué plazos debe cumplir.

- **Siga el proceso.**
- **Conozca los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a servicio de atención al cliente. O llame al Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico, una organización del Gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

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

La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos de atención médica a los cuales 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 decisiones del plan acerca de cuándo es momento de dejar de cubrir determinados tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente una apelación de nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad y pídale una *apelación acelerada*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puedo comunicarme 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. También puede buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Debe ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad a fin de iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor del *Aviso de terminación de cobertura de Medicare***.
- Si excede este plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y aún desea presentar una apelación, debe hacerlo directamente con nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar una apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

Término legal
Explicación detallada de no cobertura. Un aviso que brinda detalles sobre los motivos para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No debe preparar nada por escrito, pero puede hacerlo, si lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le haya dado.
- Antes de que finalice el día en que los revisores nos comuniquen su apelación, recibirá de nuestra parte la **Explicación detallada de no cobertura**, en la que se explican detalladamente los motivos por los que hemos puesto fin a la cobertura de sus servicios.

Paso 3: En el plazo de un día completo tras recopilar toda la información necesaria, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan mi apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **deberemos seguir prestándole los servicios cubiertos durante el tiempo en que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte del costo que le corresponde (como los deducibles o copagos, si corresponde). Podría haber limitaciones a los servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan la solicitud?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **la cobertura terminará en la fecha que le hayamos indicado.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o atención en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha, cuando finaliza la cobertura, **usted deberá pagar el costo total** por esa atención.

Paso 4: Si se rechaza su apelación de nivel 1, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de nivel 1 y usted decide continuar recibiendo atención después de la interrupción de la cobertura, puede presentar una apelación de nivel 2.

Sección 8.4 Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 2 para que nuestro plan cubra la atención que recibe durante más tiempo

Con una apelación de nivel 2, usted le solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise de vuelta la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o atención en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le dijimos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Vuelva a comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en el plazo de 60 días** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechaza* su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si siguió recibiendo atención después de la fecha de finalización de la cobertura de la atención necesaria.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad lleva a cabo una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad analizarán minuciosamente de vuelta toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En el término de los 14 días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión con respecto a su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta la solicitud?

- **Debemos reembolsarle** la parte de los costos que nos corresponde de la atención que haya recibido desde la fecha en que le dijimos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** de la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando la parte del costo que le corresponde, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza la solicitud?

- Significa que dicha organización está de acuerdo con la decisión que tomaron con respecto a su apelación de nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que recibirá se le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le proporcionarán los detalles con respecto a cómo puede avanzar al siguiente nivel de apelación, del que se encarga un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es un rechazo, tendrá que decidir si desea que su apelación avance al siguiente nivel.

- Existen tres niveles adicionales de apelación posteriores al nivel 2; en total, cinco niveles de apelación. Si decide presentar un apelación de nivel 3, los detalles con respecto a cómo hacerlo se encuentran en el aviso que recibió por escrito después de su apelación de nivel 2.
- De la apelación de nivel 3 se encarga un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los procesos de apelación de los niveles 3, 4 y 5.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar la apelación de nivel 1?

En ese caso, puede presentarnos la apelación a nosotros

Como se explicó más arriba, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y comenzar con su primera apelación (en el término de uno o dos días, como mucho). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra

manera de presentar la apelación. Si usa esta otra manera de presentar la apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Información detallada: cómo presentar una apelación *alternativa* de nivel 1

Término legal
Una revisión rápida (o apelación rápida) también se denomina apelación acelerada .

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una revisión rápida.

- **Solicitar una revisión rápida.** Esto significa que nos solicita que le demos una respuesta dentro de los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.

Paso 2: Realizamos una revisión rápida de la decisión que tomamos con respecto a cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, analizamos de vuelta toda la información sobre su caso. Nos fijaremos si respetamos todas las normas cuando establecimos la fecha de finalización de la cobertura del plan de los servicios que usted recibía.

Paso 3: Le informaremos nuestra decisión en el término de las 72 horas posteriores a la presentación de su solicitud de una revisión rápida.

- **Si aceptamos la apelación,** significa que coincidimos con usted en que necesita los servicios durante más tiempo, y continuaremos proporcionándole la cobertura de sus servicios mientras sea médicamente necesario. También significa que debemos reembolsarle la parte de los costos que nos corresponde de la atención que haya recibido desde la fecha en que determinamos que finalizaría la cobertura. (Usted debe continuar pagando la parte del costo que le corresponde, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos la apelación,** su cobertura terminará en la fecha que le dijimos y no pagaremos ninguna parte del costo después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo atención médica en el hogar, atención del centro de enfermería especializada o atención de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le dijimos que finalizaría su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Término legal
El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de Revisión Independiente . A veces se denomina IRE .

Información detallada: proceso de apelación alternativa de nivel 2

Durante la apelación de nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos respecto de su apelación rápida. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión. **La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para encargarse de la tarea de ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa el trabajo que esta hace.

Paso 1: Enviamos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de nivel 2 a la organización de revisión independiente en el término de las 24 horas posteriores al momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar una queja. En la Sección 10 de este capítulo se indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente lleva a cabo una revisión rápida de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en el término de las 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente revisarán minuciosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos devolverle la parte de los costos que nos corresponde por la atención recibida a partir de la fecha en que le dijimos que finalizaría la cobertura. También debemos continuar cubriendo su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe continuar pagando la parte del costo que le corresponde. Si se aplican limitaciones de cobertura, estas podrían limitar el monto que le reembolsemos o el tiempo por el que le seguiríamos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** esto significa que acepta la decisión tomada por nuestro plan con respecto a la primera apelación y no la modificará.
 - En el aviso que reciba de la organización de revisión independiente se le informará por escrito qué puede hacer si desea pasar a una apelación de nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted elige si desea que su apelación avance.

- Existen tres niveles adicionales de apelación posteriores al nivel 2; en total, cinco niveles de apelación. Si decide presentar un apelación de nivel 3, los detalles con respecto a cómo hacerlo se encuentran en el aviso que recibió por escrito después de su apelación de nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador revisa la apelación de nivel 3. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los procesos de apelación de los niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al nivel 3 y a los niveles siguientes

Sección 9.1 Apelaciones de nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede resultarle útil si ha presentado una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 y se han rechazado ambas.

Si el valor en dólares del producto o servicio médico por el que ha presentado la apelación cumple con determinados niveles mínimos, podría tener la posibilidad de continuar con niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no puede seguir presentando apelaciones. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de una manera bastante similar. A continuación se indica quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 Un juez (llamado juez de derecho administrativo) o un abogado adjudicador que trabaje para el Gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o abogado mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede *finalizar o no*.** A diferencia de la apelación de nivel 2, tenemos el derecho de apelar a una decisión de nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionar la atención médica en el término de 60 días calendario tras recibir la decisión del juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con los documentos de respaldo que sean necesarios. Podemos esperar a la decisión de la apelación de nivel 4 antes de autorizar o proporcionar la atención médica que sea objeto de la controversia.
- **Si el juez de derecho administrativo o abogado mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede *finalizar o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finalizará el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá que hacer para una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si se acepta su apelación o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de apelación de nivel 3, el proceso de apelaciones puede finalizar o no.** A diferencia del nivel 2, tenemos el derecho de apelar a una decisión de nivel 4 que sea favorable para usted. Nosotros decidiremos si apelar esta decisión en el de nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionar la atención médica en el término de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo diremos por escrito.
- **Si se rechaza su apelación o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede finalizar o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finalizará el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, podría tener la posibilidad de 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 avanzar a una apelación de nivel 5 y cómo pasar este nivel de apelación.

Apelación de nivel 5 Un juez del tribunal federal de distrito revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta respuesta es final. Ya no hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 9.2 Apelaciones de nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede resultarle útil si ha presentado una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 y se han rechazado ambas.

Si el valor del medicamento por el que ha presentado la apelación cumple con un determinado monto en dólares, podría tener la posibilidad de continuar con niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es menor, no puede seguir presentando apelaciones. En la respuesta que reciba por escrito a su apelación de nivel 2 se le explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de una manera bastante similar. A continuación se indica quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 Un juez (llamado juez de derecho administrativo) o un abogado adjudicador que trabaje para el Gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si se aprueba su apelación, el proceso de apelaciones termina.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el juez de derecho administrativo o abogado adjudicador **en el término de las siguientes 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o efectuar el pago, como máximo, en el término de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión.
- **Si se rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede finalizar o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finalizará el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá que hacer para una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si se aprueba su apelación, el proceso de apelaciones termina.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura para el medicamento** que fue aprobada por el Consejo **en el plazo de las siguientes 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o efectuar el pago en el plazo de los 30 días** posteriores a la recepción de la decisión.
- **Si se rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede finalizar o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finalizará el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, podría tener la posibilidad de pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o niega su solicitud de revisión de la apelación, el aviso que recibe indica si las normas permiten que proceda con 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 **tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta respuesta es final. Ya no hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

CÓMO PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio de Atención al Cliente y otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Para qué tipos de problemas se usa el proceso de quejas?

El proceso de queja se usa *solamente* para determinados tipos de problemas. Esto abarca problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente. A continuación, se presentan ejemplos de los tipos de problemas para los que se usa el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de la atención médica que recibe	<ul style="list-style-type: none">• ¿Está disconforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none">• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio de atención al cliente u otras conductas negativas	<ul style="list-style-type: none">• ¿Alguien ha sido grosero con usted o le ha faltado el respeto?• ¿Está insatisfecho con nuestro servicio de atención al cliente?• ¿Considera que lo están alentando a abandonar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none">• ¿Está teniendo dificultades para obtener una cita o está esperando demasiado tiempo para obtenerla?• ¿Lo han dejado esperando demasiado tiempo los médicos, farmacéuticos u otros profesionales médicos? ¿O el Servicio de Atención al Cliente u otro miembro del personal del plan?<ul style="list-style-type: none">◦ Entre los ejemplos, se incluyen esperas demasiado prolongadas al teléfono, en la sala de espera o el consultorio, o al surtir una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none">• ¿Está disconforme con la limpieza o el estado general de una clínica, un hospital o un consultorio médico?
Información que le proporcionamos	<ul style="list-style-type: none">• ¿No le dimos un aviso obligatorio?• ¿Es difícil de entender la información escrita que brindamos?

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

Queja	Ejemplo
<p>Cumplimiento de los plazos (Estos tipos de quejas están todos relacionados con los plazos de nuestras acciones vinculadas a las decisiones y apelaciones de la cobertura)</p>	<p>Si ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación y piensa que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja con respecto a nuestra lentitud. A continuación, se presentan ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si nos ha solicitado una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida y hemos rechazado dicha solicitud, puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos los plazos para las decisiones de cobertura o las apelaciones: puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos los plazos para cubrir o reembolsarle determinados artículos o servicios médicos o medicamentos que estaban aprobados; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos los plazos obligatorios para enviar su caso a la organización de revisión independiente: puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales
<ul style="list-style-type: none"> • Una queja también se denomina queja formal. • Presentar una queja también se denomina presentar una queja formal. • Usar el proceso para quejas también se denomina usar el proceso para presentar una queja formal. • Una queja rápida también se denomina queja formal acelerada.

Sección 10.3 Instrucciones detalladas: cómo presentar una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros a la brevedad, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, el primer paso es llamar al Servicio de Atención al Cliente.** Si hay algo más que debe hacer, se lo informará el personal del Servicio de Atención al Cliente.
- **Si no desea llamar (o llamó y no quedó conforme), puede redactar su queja por escrito y enviárnosla.** Si envió su queja por escrito, le responderemos por escrito.

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

- Si lo hace, aplicaremos nuestro procedimiento formal para responder las quejas formales, que se denomina “Resolución de inquietudes: Programa de quejas formales de miembros”. Funciona así:
 - Si solicita una respuesta por escrito, presente una queja formal por escrito; por otro lado, si su queja está relacionada con la calidad de atención, le responderemos por escrito.
 - Las quejas formales se deben presentar en el término de los 60 días calendario posteriores a la condición, situación, evento o problema que causó la disconformidad. La unidad de Quejas Formales y Apelaciones de BCN Advantage por lo general enviará por correo un acuse de recibo por escrito de las quejas formales en el término de las 24 horas posteriores a su recepción. Se debe acusar recibo de las quejas formales relacionados con las siguientes dos decisiones en el término de las 24 horas de su recepción:
 - Rechazo de una solicitud de determinación o reconsideración acelerada de la organización.
 - Una prórroga o un rechazo de la solicitud de un miembro de una prórroga del plazo para presentar una solicitud de determinación o reconsideración de la organización.
 - Para presentar una queja formal relacionada con un servicio médico, usted o su representante autorizado adecuadamente designado debe llamar o proporcionar una declaración de la queja por escrito y firmada (una carta, un fax o un formulario de solicitud de BCN Advantage) a:
BCN Advantage Appeals & Grievance Unit
Mail Code C248
Blue Care Network
P.O. Box 284
Southfield, MI 48037-9887
Fax: 1-866-522-7345
Llame al 1-800-450-3680 de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a viernes con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
 - Para presentar una queja formal relacionada con un servicio de medicamentos recetados de la Parte D, usted o su representante autorizado adecuadamente designado debe llamar o proporcionar una declaración de la queja por escrito y firmada (una carta, un fax o un formulario de solicitud de BCN Advantage) a:
Blue Care Network
Clinical Pharmacy Help Desk
Mail Code TC - 1408
P.O. Box 807
Southfield, MI 48037
Fax: 1-866-601-4428

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

Llame al 1-800-450-3680 de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a viernes con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

- Debemos procesar su queja formal lo más rápido que lo requiera su caso en función de su estado de salud, pero un máximo de 30 días después de recibir su queja. Podemos prorrogar el plazo hasta 14 días calendario si usted solicita la prórroga o si justificamos una necesidad de obtener información adicional y una demora redundaría en su beneficio. Si rechazamos su queja formal, ya sea de forma total o parcial, en nuestra decisión por escrito se le explicará por qué la rechazamos y se le indicarán las opciones con las que cuenta para la resolución de controversias, si corresponde.

En ciertos casos, tiene derecho a solicitar una “queja formal rápida”, lo que significa que responderemos la queja formal en el plazo de 24 horas. Hay solo dos motivos por los que concederemos la solicitud de una queja formal rápida.

Si le pidió a Blue Cross Blue Shield of Michigan que tome una decisión rápida sobre un servicio que aún no ha recibido y hemos rechazado.

Si no acepta nuestra solicitud de una extensión de 14 días para responder a su queja formal estándar, decisión de cobertura, determinación de la organización o apelación previa al servicio.

- El **plazo límite** para presentar una queja es 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema que dio lugar a la queja.

Paso 2: Revisamos su queja y le damos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama para comunicarnos una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responde dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora redundaría en su beneficio, o si usted solicita más tiempo, podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomarnos más días, se lo diremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de decisión de cobertura rápida o apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si presenta una queja rápida, significa que le responderemos en el plazo de 24 horas.
- **Si no estamos de acuerdo** con su queja, ya sea de forma parcial o total, o no asumimos responsabilidad por el problema que originó la queja, le daremos los motivos de nuestra respuesta.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad

Cuando su queja está relacionada con la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones más:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para la Mejora de la Calidad.** La Organización para la Mejora de la Calidad está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica en ejercicio pagados por el Gobierno federal, que se encarga de controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja a la Organización para la Mejora de la Calidad y a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede comunicar su queja a Medicare

Puede presentar una queja sobre BCN Advantage Community Value directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TTD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

*Cómo dar de baja su
membresía en el plan*

SECCIÓN 1 ¿Cómo puede dar de baja su membresía en nuestro plan?

La desafiliación del plan BCN Advantage Community Value puede ser **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (no por decisión propia):

- Puede desafilarse del plan porque decidió que *desea* hacerlo. Las Secciones 2 y 3 le brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También existen situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a finalizar su membresía. La Sección 5 indica las situaciones en que debemos terminar su membresía.

Si finalizará la membresía a nuestro plan, el plan debe seguir proporcionándole la atención médica y los medicamentos recetados, y usted seguirá pagando su parte del costo hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede dar de baja su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Usted puede dar de baja su membresía durante el período anual de inscripción

Puede dar de baja su membresía en nuestro plan durante el **período anual de inscripción** (también conocido como **período anual de inscripción abierta**). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y de medicamentos y decida sobre su cobertura para el año próximo.

- **El período anual de inscripción es del 15 de octubre al 7 de diciembre.**
- **Para el año próximo, decida mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura.** Si decide cambiar por un nuevo plan, podrá elegir entre uno de los siguientes tipos de plan:
 - Otro plan médico de Medicare con o sin cobertura para medicamentos con receta.
 - Medicare Original *con* un plan de Medicare aparte para los medicamentos recetados.
 - Medicare Original *sin* un plan de Medicare aparte para los medicamentos recetados.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción a la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene una cobertura válida de medicamentos durante 63 días consecutivos o más, podría tener que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía en nuestro plan** finalizará cuando comience la cobertura del nuevo plan, el 1 de enero.

Sección 2.2 Usted puede dar de baja su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El período anual de inscripción de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage** puede hacer lo siguiente:
 - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos recetados.
 - Desafilarse de nuestro plan y obtener una cobertura a través de Medicare Original. Si elige pasarse a Medicare Original durante este período, también puede unirse a un plan separado de medicamentos recetados de Medicare en ese momento.
- **La membresía finalizará** el primer día del mes posterior al mes en que usted se inscriba en otro plan de Medicare Advantage u obtengamos su solicitud para cambiar por Medicare Original. Si, además, decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en ese plan comenzará el primer día del mes siguiente al mes en que su plan de medicamentos recibe su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas circunstancias, usted puede dar de baja su membresía durante el período de inscripción especial

En ciertas circunstancias, los miembros de BCN Advantage Community Value pueden ser elegibles para dejar el plan en otros momentos del año. Esto se conoce como **período de inscripción especial**.

Es posible que sea elegible para cancelar su membresía durante el período de inscripción especial, si le aplican alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, comuníquese con el plan, llame a Medicare o visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, si se mudó.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para recibir “ayuda adicional” con el pago de sus medicamentos recetados de Medicare.
- Si no cumplimos con el contrato que hemos hecho con usted.
- Si está recibiendo cuidados en una institución, como un centro de enfermería o un centro de atención a largo plazo (LTC).

- Si se inscribe en el Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE).
- **Nota:** Si usted participa de un programa de gestión de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En el Capítulo 5, Sección 10 encontrará más información sobre los programas de gestión de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para averiguar si es elegible para un período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si reúne los requisitos para dar de baja su membresía como consecuencia de una situación especial, puede decidir cambiar ambas, su cobertura de salud de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados. Puede elegir entre las siguientes opciones:

- Otro plan médico de Medicare con o sin cobertura para medicamentos con receta.
- Medicare Original *con* un plan de Medicare aparte para los medicamentos recetados.
- O Medicare Original *sin* un plan de Medicare aparte para los medicamentos recetados.

Nota: Si cancela su inscripción a la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene una cobertura válida de medicamentos durante 63 días consecutivos o más, podría tener que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Su membresía normalmente finalizará el primer día del mes siguiente al mes en que recibimos su solicitud de cambio de plan.

Si recibe “ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si usted cambia por Medicare Original y no se inscribe en un plan de Medicare aparte para los medicamentos recetados, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya renunciado a la inscripción automática.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede dar de baja su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo cancelar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a servicio de atención al cliente.**
- Encontrará la información en el manual *Medicare y usted 2024*.
- Comuníquese con puede llamar a **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede dar de baja su membresía en nuestro plan?

En la tabla que verá a continuación se le explica cómo debe dar de baja su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar nuestro plan por:	Debe:
<ul style="list-style-type: none">Otro plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare.Cuando comience la cobertura del nuevo plan, usted quedará automáticamente dado de baja de BCN Advantage Community Value.
<ul style="list-style-type: none">Medicare Original <i>con</i> un plan de Medicare aparte para los medicamentos recetados.	<ul style="list-style-type: none">Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare.Cuando comience la cobertura del nuevo plan, usted quedará automáticamente dado de baja de BCN Advantage Community Value.
<ul style="list-style-type: none">Medicare Original <i>sin</i> un plan de Medicare aparte para los medicamentos recetados.	<ul style="list-style-type: none">Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con el servicio de atención al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.También puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana para solicitar la cancelación de la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.Cuando comience la cobertura de Medicare Original, usted quedará automáticamente dado de baja de BCN Advantage Community Value.

SECCIÓN 4 Hasta que su membresía finalice, usted deberá seguir recibiendo los medicamentos, artículos y servicios médicos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe seguir recibiendo los servicios y artículos médicos y los medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- Siga usando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- Siga usando las farmacias o el pedido por correo de nuestra red para surtir sus recetas.**

- Si lo hospitalizan el día en que finaliza su membresía, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que le den el alta (aunque sea después del inicio de su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 BCN Advantage Community Value debe dar de baja su membresía en el plan en determinadas situaciones

SECCIÓN 5.1 ¿Cuándo debemos dar de baja su membresía en nuestro plan?

BCN Advantage Community Value debe dar de baja su membresía en el plan en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Si usted ya no tiene las Partes A y B de Medicare.
- Si usted se muda fuera del área de servicio.
- Si usted permanece fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, llame a servicio de atención al cliente para averiguar si el lugar al que se traslada o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- Si usted es encarcelado (si va a prisión).
- Si ya no es un ciudadano estadounidense o no tiene residencia legal en los Estados Unidos.
- Si miente o retiene información relacionada con otro seguro que le brinda cobertura de medicamentos recetados.
- Si, intencionalmente, nos aporta información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos desafiliarlo de nuestro plan por esta razón, a menos que obtengamos primero la autorización de Medicare).
- Si usted se comporta continuamente de manera disruptiva y nos hace difícil brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos desafiliarlo de nuestro plan por esta razón, a menos que obtengamos primero la autorización de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de identificación de miembro para obtener atención médica. (No podemos desafiliarlo de nuestro plan por esta razón, a menos que obtengamos primero la autorización de Medicare).
 - Si le damos de baja su membresía por esta razón, Medicare puede pedir al Inspector General que investigue su caso.
- Si usted no paga la prima del plan por 2 meses calendario.
 - Antes de dar de baja su membresía, tenemos que notificarle por escrito que usted tiene 2 meses calendario para pagar la prima del plan.

- Si se le solicita que pague el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare lo desafiliará de nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos dar de baja su membresía, llame al servicio de atención al cliente.

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje su plan por ningún motivo relacionado con su salud

BCN Advantage Community Value no puede pedirle que deje el plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debería hacer si esto sucediera?

Si cree que se le está pidiendo que deje el plan por alguna razón relacionada con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Si damos de baja su membresía en nuestro plan, usted tiene el derecho de presentar una queja

Si damos de baja su membresía en nuestro plan, debemos indicarle los motivos por escrito para finalizarla. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja formal o una queja respecto de nuestra decisión de dar de baja su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes

La ley principal que rige este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social, así como las normas creadas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (o CMS) en conformidad con la Ley de Seguridad Social. 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 la no discriminación

No discriminamos en función de la raza, la etnia, la nacionalidad, el color, la religión, el sexo, el género, la edad, la orientación sexual, una discapacidad física o mental, el estado de salud, el historial de reclamos, los antecedentes médicos, la información genética, la evidencia de asegurabilidad o la ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que brindan planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben acatar las leyes federales contra la discriminación, que incluyen el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley para Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, todas las otras leyes vigentes para las organizaciones que reciben financiación federal y cualquier otra ley o regla que sea válida por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud sobre la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al servicio de atención al cliente. Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, el Servicio de Atención al Cliente puede ayudarle.

SECCIÓN 3 Aviso de derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador principal. Conforme a las regulaciones del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR) de los CMS en las secciones 422.108 y 423.462, BCN Advantage Community Value, como organización de Medicare Advantage, tendrá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría según la reglamentación de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR; las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Aviso adicional de subrogación y recuperación de terceros

Si le hacemos cualquier tipo de pago o realizamos cualquier pago en su nombre por servicios cubiertos, tenemos derecho a la subrogación completa de todos y cada uno de los derechos que usted posea contra cualquier persona, entidad o asegurador que pueda ser responsable del pago de los gastos médicos o los beneficios relacionados con su lesión, enfermedad o afección.

Una vez que hayamos hecho un pago por servicios cubiertos, tendremos un gravamen en la recaudación de cualquier sentencia, conciliación u otra adjudicación o recuperación monetaria que usted reciba (nuestra recuperación no estará limitada por los términos y las condiciones de ninguna de estas conciliaciones, adjudicaciones o sentencias), lo que incluye, entre otros, lo siguiente:

1. cualquier adjudicación, conciliación, beneficio u otro importe pagado en virtud de cualquier adjudicación o ley de indemnización de los trabajadores;
2. cualquier adjudicación, conciliación, beneficio u otro importe pagado en virtud de cualquier adjudicación o ley de una póliza de seguro de automóvil, incluida la cobertura de responsabilidad pública;
3. todos y cada uno de los pagos realizados directamente por un agraviante externo o una persona, entidad o asegurador responsable de indemnizar al agraviante externo, o en nombre de ellos;
4. cualquier adjudicación, pago, conciliación o conciliación estructurada arbitrales, u otros beneficios o importes pagados de acuerdo con una póliza de cobertura contra automovilistas no asegurados o subasegurados; o bien,
5. cualquier otro pago que se le destine o designado para que usted cobre en concepto de indemnización, restitución o remuneración por una lesión, enfermedad o afección que usted sufrió como consecuencia de la negligencia o responsabilidad de un tercero.

Las reclamaciones de los seguros contra terceros no suelen resolverse de inmediato. Según nuestro criterio, podemos realizar pagos condicionales mientras dicha reclamación está pendiente. También puede suceder que recibamos una reclamación sin saber que hay una reclamación contra terceros o de otro tipo que está pendiente. En esas situaciones, nuestros pagos son “condicionales”. Los pagos condicionales se nos deben reembolsar tras la recepción del pago del seguro contra terceros, lo que incluye las conciliaciones o los pagos médicos.

Usted acepta cooperar con nosotros y con todos nuestros agentes o representantes, y tomar todas y cada una de las medidas o los pasos necesarios para garantizar nuestro gravamen, lo que incluye, entre otras cosas, lo siguiente:

1. responder las solicitudes de información sobre cualquier accidente o lesión;
2. responder nuestras solicitudes de información y brindar cualquier información pertinente que le hayamos solicitado; y,

3. participar en todas las fases de cualquier medida legal que comencemos con el fin de proteger nuestros derechos, lo que incluye, entre otras cosas, participar en la exhibición de pruebas, asistir a los testimonios y presentarse y brindar declaración en el juicio.

Asimismo, acepta no hacer nada que perjudique nuestros derechos, lo que incluye, entre otras cosas, asignar cualquier derecho o causal de acción que pueda tener contra cualquier persona o entidad acerca de su lesión, enfermedad o afección sin nuestro consentimiento expreso previo por escrito. Su falta de cooperación se considerará un incumplimiento de sus obligaciones, y podemos tomar una medida legal en su contra para proteger nuestros derechos.

También tenemos derecho a que se nos reembolsen por completo todos y cada uno de los pagos por beneficios que le hagamos a usted o en su nombre y que sean responsabilidad de cualquier otra persona, organización o asegurador. Nuestro derecho de reembolso está separado y es diferente de nuestro derecho de subrogación, y está limitado solamente por el importe de los beneficios reales pagados en virtud de nuestro plan. Debe pagarnos de inmediato todo importe que recupere a través de una sentencia, conciliación, adjudicación, recuperación monetaria u otro medio por parte de cualquier tercero responsable, o de su asegurador, en la medida en la que hayamos pagado o proporcionado beneficios para su lesión, enfermedad o afección durante su inscripción en nuestro plan.

No estamos obligados a buscar una subrogación o reembolso para su beneficio personal o en su nombre. Nuestros derechos, según las leyes o reglamentaciones de Medicare, y esta *Evidencia de cobertura* no se verán afectados, reducidos ni eliminados si no intervenimos en ninguna acción legal que usted inicie relacionada con su lesión, enfermedad o dolencia.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Administrador de beneficios de medicamentos recetados: también denominado Administrador de beneficios de farmacias (PBM, por sus siglas en inglés). Nuestro administrador de beneficios de medicamentos recetados es un proveedor con el cual BCN Advantage se asocia para procesar y pagar los reclamos por medicamentos recetados.

Apelación: es un recurso que usted puede utilizar si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud de cobertura para servicios de atención médica o medicamentos recetados o para el pago de los servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: el área geográfica en la que debe vivir para unirse a un plan de salud en particular. En el caso de los planes que limitan los médicos y los hospitales que usted puede utilizar, estas áreas, en general, coinciden con las áreas en las que usted obtiene los servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan debe darlo de baja si se muda de manera permanente fuera del área de servicio del plan.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que cumplen con los siguientes requisitos: 1) proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar un problema médico de emergencia.

Atención en centros de enfermería especializada (SNF): la atención de enfermería especializada y los servicios de rehabilitación provistos diariamente en un centro de enfermería especializada. Entre los ejemplos de atención se incluyen la fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo puede aplicar un médico o un enfermero registrado.

Autorización previa: la aprobación anticipada para obtener los servicios o determinados medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa se marcan en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa aparecen en el formulario.

Ayuda adicional: un programa estatal o 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 los copagos.

Ayudante de atención médica en el hogar: una persona que proporciona servicios que no necesitan las habilidades de un enfermero o terapeuta con licencia, como la ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios prescritos).

Beneficios complementarios opcionales: beneficios no cubiertos por Medicare que se pueden adquirir por una prima adicional y que no están incluidos en su paquete de beneficios. Para obtenerlos, debe elegir voluntariamente los beneficios complementarios opcionales.

Biosimilar: un medicamento recetado que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares suelen tener la misma eficacia y seguridad que los productos biológicos originales; sin embargo, los biosimilares suelen necesitar una receta nueva para sustituir el producto biológico original. Los biosimilares intercambiables cumplen requisitos adicionales que les permiten reemplazar el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, sujeto a las leyes estatales.

Bloqueo de recetas del proveedor que receta: una política que nos da el derecho de retener el pago del plan de una receta que de otro modo sería válida, cuando la receta un proveedor que identificamos que reúne ciertas condiciones. Esta política es una característica de su plan de beneficios y nos ayuda a evitar fraudes, desperdicios y abusos, a la vez que protegemos la integridad del programa de medicamentos recetados y garantizamos su seguridad.

Cargo máximo: el cargo máximo es el costo máximo que BCN Advantage pagará a un proveedor por un servicio médico en particular. El cargo máximo incluye el monto que BCN Advantage paga al proveedor, así como la cantidad que usted paga (su copago o coseguro). Nuestros proveedores no están autorizados a facturarle el monto restante.

Centro de cirugía ambulatoria: es una entidad que funciona con el único fin de brindar servicios de cirugía ambulatoria para los pacientes que no necesitan permanecer hospitalizados y que no deben permanecer más de 24 horas en este centro.

Centro de cuidados paliativos: un beneficio que brinda tratamiento especial para un miembro que tiene una enfermedad terminal certificada por un médico, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros (su plan) debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y sigue pagando las primas, continúa siendo miembro de nuestro plan. Aún podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como también los beneficios complementarios que ofrecemos.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación tras una enfermedad o lesión, entre ellos, fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, así como servicios de evaluación del entorno doméstico.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés): la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D): el seguro que le ayuda a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B.

Cobertura válida para medicamentos recetados: una cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o de un sindicato) que pagará, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Quienes cuentan con este tipo de cobertura por lo general pueden mantenerla cuando llegan a ser elegibles para Medicare sin pagar una multa, si es que deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Colonoscopia: es un examen del colon en el que se introduce un colonoscopio en el recto. Se aconseja a los miembros que se sometan a una colonoscopia de rutina o detección.

- La colonoscopia de **diagnóstico** se realiza para diagnosticar y, en consecuencia, establecer un tratamiento si el colon no está sano (hay signos, síntomas o enfermedades presentes). Las colonoscopias de diagnóstico suelen indicarse cuando hay alguna inquietud médica con respecto al colon, como determinados síntomas o antecedentes

médicos. Cuando se descubre un signo o un síntoma durante una colonoscopia de control, la prueba puede pasar a ser un procedimiento de diagnóstico.

- La colonoscopia de **rutina o detección** es un examen del colon sano cuando no hay presentes signos, síntomas ni enfermedades. Cuando una colonoscopia de rutina o detección detecta un síntoma de enfermedad, por ejemplo, un pólipo, se considera una colonoscopia de diagnóstico.

Consultorios externos: muchos consultorios de proveedores, centros de salud o clínicas para pacientes ambulatorios que son propiedad de los hospitales y están administrados por estos podrían cobrar una tarifa adicional por el uso del hospital cuando ve a un proveedor en el consultorio, el centro de salud o la clínica. Estos consultorios externos ofrecen la comodidad de disponer de una variedad de proveedores y servicios integrados en un solo complejo. Desde la perspectiva de Medicare, se lo está tratando dentro del sistema del hospital y no en el consultorio de un médico y puede estar sujeto a la tarifa por uso del hospital. Incluso los centros médicos y los consultorios de proveedores ubicados bastante lejos del campus del hospital principal pueden considerarse parte del hospital. Cuando usted usa estos consultorios externos, que Medicare también denomina “consultorios de proveedores”, le facturan un servicio único en dos partes: una factura por la atención del médico y otra por las tarifas del hospital o del establecimiento. Esto puede dar como resultado mayores costos a su cargo. Pregúnteles a sus proveedores si son parte de un consultorio externo o de un consultorio de proveedores. *Para obtener más información, consulte "Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios" en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, Sección 2.*

Controles: pruebas preventivas que se realizan cuando no hay signos, síntomas o diagnósticos presentes. En los controles se verifica si hay alguna enfermedad o signos de una enfermedad para que se pueda proporcionar la detección temprana y el tratamiento a aquellas personas con un diagnóstico positivo de una enfermedad determinada. El control no es lo mismo que el procedimiento de diagnóstico. *(Consulte también Procedimiento de diagnóstico).*

Copago: monto que es posible que deba pagar como su parte del costo por un servicio médico o suministro, como una visita al médico, una visita externa al hospital o un medicamento recetado. El copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), no un porcentaje.

Coseguro: un monto, expresado en porcentaje (por ejemplo, 20%), que podría tener que pagar como su parte de los costos de los servicios o medicamentos recetados una vez que pague los deducibles.

Costo compartido estándar: el costo compartido estándar es el costo compartido que no es el costo compartido preferido que se ofrece en las farmacias de la red.

Costo compartido preferido: implica un menor costo compartido para ciertos medicamentos cubiertos de la Parte D en determinadas farmacias de la red.

Costo compartido: hace referencia a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe medicamentos o servicios. (Esto es aparte de la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que imponga un plan antes de cubrir los servicios o los medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que solicita un plan cuando se obtiene un servicio o un medicamento

específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o un medicamento que solicita un plan cuando se obtiene un servicio o un medicamento específico.

Costo de suministro: un arancel que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento recetado, como el tiempo que dedica el farmacéutico para preparar y envasar el medicamento recetado.

Costos a su cargo: consulte la definición de costo compartido. El requisito de costo compartido de un miembro de pagar por parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de costo a cargo del miembro.

Cuidado supervisado: este es el cuidado personal que se proporciona en un asilo, un centro de cuidados paliativos u otro establecimiento cuando no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado supervisado, que pueden proporcionar personas que no tengan capacitación o habilidades profesionales, abarca la ayuda para realizar actividades de la vida cotidiana tales como bañarse, vestirse, comer, acostarse y levantarse, sentarse y pararse, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como ponerse gotas en los ojos. Medicare no cubre el cuidado supervisado.

Cuidados paliativos: una manera especial de cuidar a las personas que tienen un pronóstico terminal y de brindar asesoramiento a sus familias. Los cuidados paliativos son cuidados físicos y asesoramiento que proporciona un equipo de personas que forman parte de una agencia pública o una empresa privada certificadas por Medicare. Según la situación, se puede brindar este cuidado en el hogar, en un centro de cuidados paliativos, en un hospital o en un asilo de ancianos. Los cuidados paliativos tienen como fin ayudar a los pacientes en los últimos meses de vida al darles comodidad y alivio del dolor. Se centra en los cuidados, no en la cura.

Dar de baja o cancelar: el proceso de finalización de su membresía en nuestro plan.

Deducible: el monto que debe pagar por la atención médica o las recetas antes de que pague nuestro plan.

Derivación: autorización que le puede dar su médico de atención primaria antes de que pueda acudir a otros proveedores de la red del plan. Una derivación no es lo mismo que una autorización previa: BCN Advantage Community Value es el único que puede emitir una autorización previa. Su médico de atención primaria puede emitir una derivación. *(Consulte también Autorización previa).*

Determinación de cobertura: una decisión que indica si el plan cubre un medicamento que le recetaron y el monto, si lo hay, que se le solicita que pague por la receta. En términos generales, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le informa que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe comunicarse por teléfono o por escrito con el plan para pedir una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura**.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los productos o servicios 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.

Dispositivos protésicos y ortopédicos: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para los brazos, la espalda y el cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o función del cuerpo, como suministros para ostomía, y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Emergencia: es una situación en la que usted o cualquier otra persona legamente prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que usted tiene síntomas médicos que exigen atención médica de inmediato para prevenir la pérdida de la vida (y si es una mujer embarazada, la pérdida del feto), de un miembro o de la función de un miembro, o la pérdida o del deterioro grave de una función corporal. Estos síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

Equipos médicos duraderos (DME): determinados equipos médicos que su médico indica por motivos médicos. Algunos ejemplos son andadores, sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital para uso doméstico solicitadas por un proveedor.

Etapas de cobertura de catástrofe: la etapa de beneficio de medicamentos de la Parte D que empieza cuando usted (o un tercero calificado en su nombre) ha gastado \$8,000 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Etapas de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que el costo total de los medicamentos, incluidos los montos que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre, alcance los \$5,030 anuales.

Evidencia de cobertura (EOC) y divulgación de información: este documento, junto con el formulario de inscripción y cualquier otro adjunto, anexo u otra cobertura opcional seleccionada que expliquen su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción de nivel: consulte Excepción.

Excepción del formulario: consulte Excepción.

Excepción: tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, permite obtener un medicamento que no se encuentra dentro del formulario (excepción del formulario) o un medicamento no preferido en un nivel de costo compartido menor (excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le solicita que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando o si el plan limita la cantidad o la presentación del medicamento que está solicitando (una excepción del formulario).

Facturación de saldos: es cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente un monto mayor al costo compartido permitido del plan. Como miembro de BCN Advantage Community Value, usted solo debe pagar los montos de costos compartidos de nuestro plan cuando obtiene los servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** o cobren más que el importe del costo compartido que el plan le indica que debe pagar.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene contrato con nuestro plan en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener los beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas únicamente si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia estándar de la red: una farmacia de la red que ofrece costos compartidos estándar.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Farmacia preferida de la red: una farmacia de la red que ofrece medicamentos cubiertos de la Parte D a los miembros de nuestro plan y que tiene niveles menores de costos compartidos que otras farmacias de la red.

Fisioterapia: implica el tratamiento que brindan profesionales de atención médica con licencia para mejorar el movimiento y fortalecer una zona del cuerpo, así como la capacitación sobre cómo usar equipos especiales, tales como un andador, o cómo sentarse en una silla de ruedas y levantarse de ella.

Formulario (Lista de medicamentos cubiertos o Lista de medicamentos): una lista de los medicamentos recetados que cubre el plan. El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

Global Core: un programa de Blue Cross and Blue Shield Association que permite que los miembros reciban atención de emergencia y de urgencia de proveedores que participan con los planes de esta asociación cuando viajan fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Por lo general, tendrá que pagar a los proveedores y enviar los reclamos usted mismo para obtener el reembolso por estos servicios.

Hospitalización: la estadía en el hospital cuando se lo admite formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque pase la noche en el hospital, igualmente se lo podría considerar paciente ambulatorio.

Importe de ajuste mensual por ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado informado en la declaración de impuestos al IRS de hace 2 años está por encima de un monto determinado, pagará el monto de la prima estándar y un importe de ajuste mensual por ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Este afecta a menos del 5% de quienes tienen Medicare, así que la mayoría de las personas no pagará una prima mayor.

Indicación medicamento aceptada: el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o que está respaldado por determinados libros de referencia.

Ingreso de seguridad suplementario (SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas que tienen ingresos y recursos limitados y que son discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura durante la etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden aplicarse a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período definido.

Lista de excluidos de los CMS: es una lista que mantienen los CMS de las personas y las entidades que actualmente se encuentran anuladas del programa Medicare o que participan en conductas que los CMS determinan que son perjudiciales para los intereses del programa Medicare. Los planes de Medicare Advantage tienen prohibido pagarles a personas o entidades que aparezcan en esta lista.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de los medicamentos recetados que cubre el plan.

Lista de medicamentos: una lista de los medicamentos recetados que cubre el plan. El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

Mamografía: una mamografía *de control* es una radiografía del pecho que sirve para detectar cambios en las mamas de mujeres que no tienen signos ni síntomas de cáncer de mama. Las mamografías permiten detectar tumores que no se sienten. Una mamografía *de diagnóstico* es una radiografía del pecho que sirve para controlar si hay cáncer de mama luego de haberse encontrado un bulto u otro síntoma de cáncer de mama.

Medicaid (Asistencia médica): un programa conjunto federal y estatal que ayuda a algunas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Medicamento necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y que cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.

Medicamento de marca: un medicamento recetado fabricado y distribuido por la empresa farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y distribuidos por otros fabricantes de medicamentos y, por lo general, no están disponibles hasta después de que se haya vencido la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: un medicamento recetado que la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) aprobó, que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. En general, un medicamento genérico tiene la misma eficacia que un medicamento de marca y suele costar menos.

Medicamentos cubiertos: la expresión que usamos para referirnos a todos los medicamentos que cubre nuestro plan.

Medicamentos de la Parte B: por lo general, un medicamento inyectable o por infusión que no suele ser autoadministrado y que se proporciona y administra como parte del servicio de un médico. Si, por lo general, se autoadministra la inyección (por ejemplo, medicamentos para la migraña que se inyectan tales como Imitrex) o no se distribuye y administra como parte de un servicio médico, no está cubierta por la Parte B. La Parte B de Medicare también cubre una cantidad limitada de otros tipos de medicamentos, como soluciones de nebulizador (albuterol), inmunodepresores, medicamentos orales contra el cáncer, medicamentos orales contra las náuseas, eritropoyetinas y algunas vacunas profilácticas (gripe y neumonía).

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Puede que ofrezcamos todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de medicamentos de la Parte D por el Congreso. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Medicamentos reembolsables: determinados medicamentos que están incluidos en una nueva ley de medicamentos que requieren que las empresas farmacéuticas le paguen un reembolso a Medicare si aumentan los precios de determinados medicamentos antes de que aumenten por inflación. La ley define a un “medicamento reembolsable de la Parte B” como un medicamento o producto biológico de fuente única, incluidos algunos productos biológicos biosimilares, que suelen administrarse mediante inyección o infusión o biológicos administrados por un médico en el consultorio o en un entorno hospitalario ambulatorio. La ley excluye ciertos medicamentos de la definición de medicamentos reembolsables de la Parte B, como las vacunas preventivas de la Parte B.

Medicare Original (Medicare Tradicional o Medicare de tarifa por servicio): es un programa que ofrece el gobierno, no un plan de salud privado como los planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Dentro de Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de los pagos establecidos por el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención de salud que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde del monto aprobado por Medicare y usted paga la suya. Medicare Original está compuesto por dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todo Estados Unidos.

Medicare: el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años en adelante, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente, aquellas personas que tienen insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare que es elegible para obtener los servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y su inscripción fue confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto máximo a cargo del miembro: el monto máximo que le corresponde pagar durante un año calendario, por lo general en el momento en que se obtienen los servicios, para los servicios cubiertos de la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico). Las primas del plan y las primas de Medicare Parte A y Parte B no cuentan en el máximo a su cargo.

Monto máximo a su cargo: importe máximo que puede llegar a pagar durante un año calendario por los servicios de la Parte A y de la Parte B cubiertos dentro de la red. Los montos que paga por las primas del plan, las primas de Medicare Parte A y Parte B y los medicamentos recetados no se cuentan en el monto máximo a su cargo.

Monto permitido: el monto en dólares que Blue Care Network ha aceptado pagar por los servicios de atención médica cubiertos por su plan. Puede ser mayor o menor que el monto que un médico o un proveedor cobra. Cualquier copago o deducible necesario se descuenta de este monto antes de hacer el pago.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: monto agregado a la prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura válida (cobertura que debe pagar, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que es elegible por primera vez para unirse al plan de la Parte D.

My Advocate (Coordinadores de Servicios Sociales): una organización que funciona para los miembros de Medicare con recursos e ingresos limitados para determinar si califican para la “ayuda adicional” para el pago de las primas de Medicare, los deducibles y los coseguros. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

Nivel de costo compartido: todos los medicamentos que están en la lista de medicamentos cubiertos pertenecen a uno de cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de costos compartidos, más alto será su costo para el medicamento.

Observación (observación ambulatoria): una estadía para observación es una estadía hospitalaria ambulatoria en la que recibe servicios cubiertos por Medicare que son médicamente necesarios para determinar si requiere un tratamiento más prolongado como paciente hospitalizado o si está lo suficientemente bien como para regresar a su hogar. Puede permanecer más de un día en observación. Los servicios de observación pueden prestarse en el departamento de emergencias o en otra área del hospital. *(Consulte también Hospitalización).*

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés): un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica en ejercicio pagados por el gobierno federal, que se encarga de controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare.

Parte D: el Programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Parte A: por lo general, le ayuda a cubrir servicios proporcionados por proveedores tales como los hospitales (para servicios de internación), centros de enfermería especializada o agencias de atención médica en el hogar.

Parte B: cubre la mayoría de los servicios médicos que no cubre la Parte A (tales como servicios de los médicos y otros servicios ambulatorios) y determinados artículos (como equipos médicos duraderos y suministros).

Parte C: consulte “Plan de Medicare Advantage (MA)”.

Período anual de inscripción: el período desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año, en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Medicare Original.

Período de beneficios: es la manera en que tanto nuestro plan como Medicare Original miden el uso que da a los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que ingresa al hospital o al centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no recibió ninguna atención para pacientes hospitalizados (o atención especializada en un SNF) durante más de 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada una vez finalizado un período de beneficios, comenzará uno nuevo. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo en el que los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción al plan y cambiar a otro plan de Medicare Advantage u obtener la cobertura de Medicare Original. Si elige pasarse a Medicare Original durante este período, también puede unirse a un plan separado de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción especial: un período establecido durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o regresar a Medicare original. Entre las situaciones por las cuales podría ser elegible para el período de inscripción especial se encuentran: si se muda fuera del área de servicio, si recibe “ayuda adicional” con los costos de los medicamentos recetados, si se muda a un asilo de ancianos o si no respetamos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período en que puede inscribirse a la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65, su período de inscripción inicial es de 7 meses; comienza 3 meses antes del mes (incluido) en que cumple 65 y finaliza 3 meses después del mes en que cumplió los 65.

Plan de Medicare Advantage (MA): en ocasiones se lo llama Medicare Parte C. Un plan que ofrece una empresa privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan de Medicare Advantage puede ser i) un plan HMO (Organización de Mantenimiento de la Salud), ii) PPO (Organización de Proveedores Preferidos), iii) un plan privado de tarifa por servicio (PFFS) o iv) un plan de una cuenta de ahorros médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan de

HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Plan de necesidades especiales para atención crónica: los C-SNP son SNP que limitan la inscripción a personas elegibles con MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según se define en el CFR 42 422.2, incluso la inscripción limitada según los grupos de afecciones múltiples comunes asociadas y clínicamente vinculadas que se especifican en el CFR 42 422.4(a)(1)(iv).

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan de Medicare Advantage que proporciona más atención centrada en la salud para grupos de personas específicos, como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, residen en un asilo de ancianos o padecen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de salud de Medicare: lo ofrece una empresa privada que tiene contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y de la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Esta expresión abarca todos los planes de Medicare Advantage, planes de Medicare Cost, planes de necesidades especiales, programas de demostración o pilotos y Programas de Cuidado Integral para Ancianos (PACE).

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Cuidado Integral para Ancianos) combina servicios médicos, sociales y de apoyo a largo plazo (LTSS) para personas en estado de salud delicado para ayudarlas a seguir siendo independientes y a que vivan en su comunidad (en vez de mudarse a un asilo de ancianos) durante el mayor tiempo posible. Quienes se inscriben en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Planes de necesidades especiales para beneficiarios con doble elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como asistencia médica de un plan estatal con Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado del que se trate y la elegibilidad de la persona.

Pólizas de Medigap (seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare vendido por empresas aseguradoras privadas para cubrir las *brechas* en Medicare Original. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan de Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Prima: pago periódico a Medicare, una empresa de seguro o un plan de atención médica por la cobertura de la salud o de medicamentos recetados.

Procedimiento de diagnóstico: pruebas para descartar o confirmar un diagnóstico sospechado ante un signo o un síntoma de una enfermedad. El procedimiento de diagnóstico no es lo mismo que uno de detección. Si se detecta un síntoma de enfermedad, como un pólipo u otra anomalía, durante un procedimiento de detección, el procedimiento se considera de diagnóstico.

Producto biológico: un medicamento recetado que procedente de seres vivos y naturales, como células animales o vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse con exactitud, así que las formas alternativas se llaman biosimilares. Los biosimilares suelen tener la misma eficacia y seguridad que los productos biológicos originales.

Programa de descuentos para la brecha de cobertura de Medicare: un programa que ofrece descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la etapa de brecha de cobertura y no estén recibiendo “ayuda adicional”. Los descuentos se basan en los acuerdos que haya entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. En la mayoría de los planes de salud de Medicare, usted debe consultar al proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para referirnos a médicos u otros profesionales de atención médica, a hospitales y a otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago completo y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar servicios cubiertos para los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se llaman **proveedores del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o un centro que no tienen contrato con nuestro plan para coordinar y brindar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son los que no están empleados ni pertenecen u operan con nuestro plan.

Punto de servicio (POS): BCN Advantage Community Value tiene un beneficio de punto de servicio, el cual permite a los miembros recibir atención con autorización previa cuando viajan fuera del área de servicio.

Queja formal: un tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, los proveedores o las farmacias, entre ellas, una queja relacionada con la calidad de la atención. No guarda relación con disputas de cobertura ni de pago.

Queja: la denominación formal de hacer una queja es **presentar una queja formal**. El proceso de queja se usa *solamente* para determinados tipos de problemas. Esto abarca problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención que recibe como cliente. También incluye las quejas si su plan no sigue los períodos del proceso de apelaciones.

Radiología terapéutica: (llamada también radiación oncológica o radioterapia) es un tratamiento con radiación que se realiza para el cáncer y otras enfermedades.

“Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real): una aplicación de portal o computadora en la cual los inscritos pueden buscar información completa, precisa, oportuna y clínicamente apropiada sobre el formulario y los beneficios específicos del inscrito. Abarca los montos de costo compartido, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma afección médica que un medicamento dado y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que aplican a los medicamentos alternativos.

Rehabilitación cardíaca de fase III: los programas de rehabilitación cardíaca de fase III se consideran programas de mantenimiento, no requieren monitoreo ni supervisión médica, y no se consideran médicamente necesarios. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1, para obtener más información sobre la rehabilitación cardíaca.

Servicio de atención al cliente: es un departamento dentro de nuestro plan, responsable de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones.

Servicios cubiertos por Medicare: Los 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 las Partes A y B de Medicare. La expresión servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como los de la vista, dentales o de audición, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: la expresión que usamos para referirnos a todos los suministros y servicios de atención médica que cubre nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios abarcan la fisioterapia, la terapia del habla y el lenguaje y la terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: servicios cubiertos que no son de emergencia que se brindan cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente, o cuando el inscrito está fuera del área de servicio. Por ejemplo, usted necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios son de necesidad inmediata y médicamente necesarios.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Tarifa de administración: es el costo asociado con que le administren una inyección.

Tarifa diaria de costo compartido: se puede aplicar una tarifa diaria de costo compartido cuando su médico le receta un suministro inferior a un mes completo de determinados medicamentos y usted debe abonar un copago. Una tarifa diaria de costo compartido es un copago dividido por la cantidad de días en un suministro mensual. Por ejemplo: Si su copago por el suministro para un mes de un medicamento es de \$30 y el suministro para un mes en su plan es de 30 días, su tarifa diaria de costo compartido es de \$1 por día.

Terapia del habla: abarca ejercicios que brindan profesionales de atención médica con licencia para recuperar y fortalecer las capacidades para hablar o tragar.

Terapia escalonada: una herramienta de uso que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección, antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó inicialmente.

Terapia ocupacional: terapia brindada por profesionales de atención médica con licencia que lo ayudan a aprender cómo realizar actividades cotidianas, como comer y vestirse por su cuenta.

Tratamiento de infusión en el hogar: la infusión en el hogar es un método alternativo para administrar medicamentos directamente en el cuerpo en vez de por vía oral y en lugar de recibir el mismo tratamiento en un hospital. Algunos tipos de infusión son quimioterapia, hidratación, manejo del dolor y tratamiento con antibióticos.

ANEXO A

Limitaciones en la cobertura de equipos médicos duraderos

Anexo A. Limitaciones en la cobertura de equipos médicos duraderos

En el caso de los siguientes tipos de equipos médicos duraderos, BCN Advantage Community Value limita la cobertura para las siguientes marcas o modelos:

Dispositivos de presión continua de las vías respiratorias (CPAP):

- ResMed
- Respironics

Los dispositivos de CPAP anteriores deben incluir, como equipo estándar, la humidificación térmica integrada y deben tener una garantía mínima de dos años del fabricante.

Concentradores de oxígeno:

- Caire
- DeVilbiss
- Drive Medical
- Invacare
- ResMed
- Respironics
- SeQual

Los concentradores mencionados deben tener una función integrada de análisis de flujo continuo con alarma de sensor automático, una garantía mínima del fabricante de cinco años y un nivel mínimo de fábrica de concentración de la producción de oxígeno en cualquier nivel de flujo de al menos un 87%.

Medidores de glucemia y tiras reactivas para diabéticos:

- FreeStyle Libre
- Dexcom G Series
- Medtronic Guardian
- FreeStyle
- Glucocard
- Contour
- Foracare
- OneTouch
- EasyMax
- Prodigy

- Accu-Chek

Lancetas:

- FreeStyle
- Delica (con necesidad médica documentada adicional)
- OneTouch
- Medcore ReadyLance Safety (con necesidad médica documentada adicional)
- Aqualance y equivalentes
- AccuCheck SoftClix (con necesidad médica documentada adicional)
- AccuCheck FastClix (con necesidad médica documentada adicional)

Dispositivo de lanceta:

- FreeStyle
- OneTouch
- Aqualance y equivalentes
- Accu-Check

Bombas de insulina:

- Medtronic MiniMed
- Tandem t:slim

Suministros para bombas de insulina:

- Medtronic MiniMed
- Tandem t:slim

Servicio de Atención al Cliente de BCN Advantage

Método Información de contacto del Servicio de Atención al Cliente

Llame al 1-800-450-3680

Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m. (hora del este) de lunes a viernes con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo.

Algunos servicios están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana, a través de nuestro sistema automático de respuesta telefónica.

El Servicio de Atención al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.

TTY 711

Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m. (hora del este) de lunes a viernes con horarios de fin de semana del 1 de octubre al 31 de marzo.

Fax 1-866-364-0080

Escriba a BCN Advantage — Mail Code C225

Blue Care Network

P.O. Box 5043

Southfield, MI 48086-5043

Sitio web www.bcbsm.com/medicare

Programa de ayuda para Medicare y Medicaid de Michigan

El Programa de ayuda para Medicare y Medicaid de Michigan es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito y local sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare.

Método Información de contacto

Llame al 1-800-803-7174

TTY 711

Escriba a Michigan Medicare/Medicaid Assistance Program

6105 West St. Joseph, Suite 204

Lansing, MI 48917-4850

Sitio web www.mmapinc.org

BCN AdvantageSM HMO-POS



**Blue Care
Network
of Michigan**

Medicare and more

Confianza
con cada tarjeta.

Declaración de divulgación de la PRA En conformidad con la Ley de Reducción de Trámites (PRA) de 1995, nadie está obligado a responder a una recopilación de información, a menos que esta exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias sobre cómo mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Blue Care Network of Michigan es una organización sin fines de lucro y una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.